



UC/FPCE-2014

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Um Mapa sobre o Autodano

Cátia Margarida da Silva Bártolo (e-mail: catia_bartolo@msn.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subespecialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações
Psicológicas e da Saúde sob a orientação da Professora Doutora Paula
Castilho

Um Mapa sobre o Autodano

Cátia Margarida da Silva Bátolo

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (Especialização em
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde)
sob orientação da Professora Doutora Paula Castilho



Agradecimentos

À Professora Doutora Paula Castilho, pelo esforço e dedicação em me orientar ao longo deste trabalho, assim como, pela transmissão de tranquilidade e de conhecimento. Um especial agradecimento por me ter mostrado e incrementado a curiosidade quanto ao papel crucial da compaixão no quotidiano de qualquer pessoa.

Ao Professor Doutor Alexandre Silva, pela sua disponibilidade, interesse e ajuda para a concretização desta dissertação.

Ao Doutor Sérgio Carvalho pela ajuda preciosa na finalização do presente trabalho.

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia, por consecutivamente nos desafiar a usar um espírito crítico perante o que nos rodeia, e pelos ensinamentos partilhados.

À Doutora Lúcia Fonseca, psicóloga sénior no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, pelo conhecimento que comigo partilhou, juntamente com o seu incentivo e bom humor.

Ao João Santos, pela ajuda na recolha da amostra.

Dirijo um grande obrigado a todas as pessoas que aceitaram participar e colaborar nesta investigação, que não era composta por uma bateria de instrumentos de rápido ou fácil preenchimento. Agradeço, principalmente, a confiança na partilha de algumas informações.

Ao “Fernandinho”, pelas conversas no banco de jardim e pelas suas belas e calmas cartas, como recordação do *Nirvana*.

Aos meus pais, à minha irmã e ao meu tio Jorge agradeço pela presença ao longo deste percurso e, principalmente, por me terem possibilitado aprender que toda a escolha tem as

suas consequências e que, por vezes, é necessário ir contra as expectativas socioculturais para se realizarem ações comprometidas com o que se valoriza.

Aos “meus especiais” da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Ricardo Viegas, Julieta, Patrícia Dantas e Pedro Belo, agradeço por todos os momentos de amizade e pelas conversas e aventuras deslumbrantes que tivemos juntos.

Aos meus “meninos”, Nuno, David, Marlu, Daniel, Hugo, Filipa e Jorge, pela amizade “além cidade” que se torna cada vez mais “além continente”, pela partilha, pelas peripécias e pelas aprendizagens de tanto tempo.

Ao Doutor Castro por me ter apadrinhado e demonstrado como é gratificante trabalhar no que realmente se gosta durante toda a vida. Aos meus “compinchas” de trabalho, Luc, François, Igor, Rodrigo, Soares e Renato, pelas mil e uma aventuras.

Por fim, às três pessoas a quem dedico o meu maior “Obrigado!”.

Um agradecimento especial ao Bruno, porque “eu sou como um gaio-azul que recolhe e conserva tesouros como ele”. Agradeço-lhe pela parceria e paciência de mais de uma década, pelo seu constante interesse e questionamento sobre a minha área (e não só), pelas insistentes pausas e por me ter presenteado, vezes e vezes sem conta, com belas melodias e surpresas.

Ao meu Pequeno, pela ajuda a “colar jarras partidas” e por ter preenchido a minha vida com carinho, dedicação, amor e valor.

Ao Gabriel agradeço profundamente pela sua permanente preocupação e paciência, pelas suas inesperadas viagens de dezassete horas e por ter sido o meu companheiro a aprender a “escutar os cães selvagens que ladram na cave”. De todos os rumos que poderiam ter sido escolhidos, somente te tenho a agradecer por teres estado incondicionalmente ao meu lado quando a minha escolha foi feita.

Nota introdutória

Os comportamentos de autodano não suicidários são, no momento, definidos como ações diretas ou intencionais de modificação ou destruição de tecidos corporais pelo ser humano no seu próprio corpo, sem que tenha intenção de se matar e sem tentar corresponder a uma finalidade socialmente aprovada (Gratz, 2003; Klonsky, 2009; Nock, 2010). Contudo, a sua definição e terminologia não é consensual entre os investigadores da área. Evidência empírica tem mostrado que nos últimos anos tem-se observado um aumento da frequência destes comportamentos autolesivos (Briere & Gil, 1998), em diversas populações e países.

A presente dissertação possui como primeiro estudo a caracterização das propriedades psicométricas do Inventário de Afirmções sobre o Autodano (*ISAS – Inventory of Statements about Self-Injury*: Klonsky & Glenn, 2009), numa amostra de jovens adultos universitários portugueses. Este estudo permite dar um contributo para uma melhor compreensão da sua natureza fenotípica e caracterização.

Por sua vez, o segundo estudo, pretende averiguar o poder preditivo da impulsividade, da dissociação, da autocompaixão e dos medos da compaixão nos sintomas depressivos e ansiosos nos jovens adultos com comportamentos de autodano.

*“Grandes mistérios habitam
O limiar do meu ser,
O limiar onde hesitam
Grandes pássaros que fitam
Meu transpor tardo de os ver.*

*São aves cheias de abismo,
Como nos sonhos as há.
Hesito se sondo e cismo,
E à minha alma é cataclismo
O limiar onde está.*

*Então desperto do sonho
E sou alegre da luz,
Inda que em dia tristonho;
Porque o limiar é medonho
E todo passo é uma cruz.”*

Fernando Pessoa, *in* Cancioneiro

“Nao sei, em poucas palavras porque sinto necessidade de fazê-lo, mas sinto e sabe bem. E é um pouco bárbaro, e é libertador, é um desabafo... e depois, deito-me de novo de bem com os meus demónios. Eles afagam-me as barbas, eu perdo-o-lhes as nuvens.”

H. S. C., 19 de Maio de 2014

Lista de Artigos

Os artigos abrangentes nesta dissertação são:

- I. Bártolo, C. M., & Castilho, P. (2014). Autodano Não Suicidário: Caracterização da sua natureza, tipologia e funções associadas. *Manuscrito em preparação*.
- II. Bártolo, C. M., & Castilho, P. (2014). Autodano na adultez: Preditores do Afeto Negativo. *Manuscrito em preparação*.

Artigo I

Bártolo, C. M., & Castilho, P. (2014). Autodano Não Suicidário: Caracterização da sua natureza, tipologia e funções associadas. *Manuscrito em preparação*.

Autodano Não Suicidário: Caracterização da sua natureza, tipologia e funções associadas

Cátia Margarida Bártolo²

Paula Castilho¹

¹Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental

² Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Para estabelecer contacto referente a este artigo deverá comunicar com:

Cátia Margarida Bártolo

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: catia_bartolo@msn.com

Resumo

Os comportamentos de autodano não suicidários apresentam-se como sendo uma ação direta e intencional de destruição ou modificação de tecidos corporais do próprio indivíduo, não existindo nenhuma finalidade socialmente aprovada nem intenção de suicídio na sua execução (Klonsky, 2009; Nock, 2010). Nos últimos anos, a importância de estudar estes atos incrementou, uma vez que se verificou um aumento da sua frequência (Briere & Gil, 1998).

O objetivo desta investigação foi a caracterização das propriedades psicométricas do Inventário de Afirmações sobre o Autodano (ISAS, Klonsky & Glenn, 2009), usando uma amostra de conveniência com 73 jovens adultos com atos de autodano. Os dados mostraram que o tipo de comportamentos de autodano mais assinalado foi *beliscar-se* (43.8%) e que o preferencial foi *interferir na cicatrização das feridas* (21.9%). No entanto, a distinção entre géneros mostrou que as mulheres preferem realizar o comportamento de autodano *cortar-se* (20.8%), enquanto os homens preferem *interferir na cicatrização das feridas* (28%). Como as principais funções demonstrou-se que as intrapessoais (e.g., regulação afetiva) são as mais frequentes na amostra como relatado na literatura (Klonsky & Glenn, 2009). Os resultados obtidos nas regressões mostraram que nas funções interpessoais (e.g., resistência) as variáveis preditoras foram a impulsividade, a dissociação e a componente do *mindfulness* agir com consciência. Quanto às funções intrapessoais, as preditoras identificadas foram o *eu* detestado, o afeto negativo, a componente do *mindfulness* observar e o medo da compaixão por parte dos outros. Por fim, como variáveis preditoras do autodano obteve-se as funções antissuicídio, procura de sensações e vingança. Este estudo mostra a relevância de integrar os atos de autodano numa abordagem funcional e de continuar os estudos (Klonsky, 2007).

Palavras-Chave: comportamentos de autodano não suicidários, funções interpessoais, funções intrapessoais

Abstract

Non-suicidal self-injury behaviours (NSSI) are described as acts of direct and intentional destroying or modifying one's body tissue, without any socially approved end nor suicidal intentions (Chapman, Gratz & Brown, 2006; Klonsky, 2009; Nock, 2010). In the last years, the importance of studying NSSI behaviours has increased, as a consequence of the reported increment in its frequency (Briere & Gil, 1998).

Hence, the main goal of this study was to characterize the psychometric properties of the *Inventory of Statements about Self-Injury (ISAS)*: Klonsky & Glenn, 2009), using a convenience sample composed by 73 young adults with self-injury behaviours. Results showed that the most frequent self-injury behaviours were *pinching* (43.8%), and the most preferable were *interfering with wound healing* (21.9%). However, gender differences analysis showed that women prefer to *cut* themselves (20.8%), as opposed to men who prefer to *interfering with wound healing* (28%). In regard to its functions, results showed that intrapersonal functions (e.g. affect regulation) are the most frequent ones, as is reported in previous literature (Klonsky & Glenn, 2009). In addition, regression analysis showed that interpersonal functions (e.g. resistance) are significantly predicted by impulsivity, dissociation and the “acting with conscience” facet of mindfulness. On the other hand, intrapersonal functions of self-harm were significantly predicted by hated-self, negative affect, the “observing” facet of mindfulness and fear of compassion from others. Finally, the self-injury functions that significantly predicted self-injury were anti-suicide, sensation-seeking and revenge. This study shows the relevance of integrating self-injury behaviours in a functional approach, as well as continuing with its research (Klonsky, 2007).

Key-Words: non-suicidal self-injury behaviours, interpersonal functions, intrapersonal functions

Introdução

A espécie humana, como qualquer ser vivo está programada com uma base inata para a autopreservação, ou seja, com um impulso natural para a sobrevivência e adaptação ao longo da sua existência. Todavia, por vezes as pessoas agem de um modo que se revela incongruente com este princípio organizador do entendimento da evolução e de todo o comportamento animal e humano, sendo que, em alguns casos, a ação é completamente oposta. Os comportamentos de autodano são um exemplo disso (Nock, 2010), sendo que, entre outras consequências, podem provocar dor. Pelo facto da dor consistir numa experiência emocional e sensorial desagradável causada por um dano atual ou potencial nos tecidos a maioria das pessoas não se envolve em comportamentos lesivos, como o autodano não suicidário (Franklin, Aaron, Arthur, Shorkey & Prinstein, 2012).

O conceito de autodano

A literatura recente existente acerca dos comportamentos de autodano não suicidário não se mostra consensual quer na terminologia quer na definição deste comportamento. Atualmente, estes atos são reconhecidos como uma ação intencional e direta de destruição ou alteração de tecidos do corpo do próprio indivíduo, sem que haja intenção de suicídio e sem uma finalidade socialmente aprovada (Gratz, 2003; Chapman, Gratz & Brown, 2006; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, 2007, 2009; Nock, 2010). No entanto, Duffy (2006, 2009) vai mais longe considerando estes comportamentos não como de autodestruição, mas como um modo particular de *coping* para com as dificuldades pessoais. Segundo Messer e Fremouw (2008), a definição de autodano não suicidário engloba quatro características: a intencionalidade, o dano no tecido sem intenção de morrer, a repetição típica e a ausência de aceitação social (o que não inclui os rituais de iniciação nem os ritos aborígenes de passagem,

que simbolizam a transição da infância para a vida adulta; nem as ornamentações corporais que se encontram na moda como é exemplo o piercing e a tatuagem).

No que concerne aos manuais de classificação dos problemas de saúde mental, nomeadamente a *ICD 10 – The International Statistical Classification of Diseases* e o *DSM-IV-TR – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, o autodano não suicidário não é reconhecido como uma categoria específica de diagnóstico (Duffy, 2006, 2009; Wilkinson, 2013), nem estes atos são integrados como componente de qualquer perturbação ansiosa ou depressiva atual (Wilkinson, 2013), apenas aparecendo mencionado como um critério para a Perturbação *Borderline* da Personalidade (Zetterqvist, Lundh, Dahlström & Svedin, 2013). Porém, no *DSM-5*, este comportamento é identificado como Autodano Não Suicidário (*Nonsuicidal Self-Injury*) na Sessão III – Medidas e Modelos Emergentes, no parâmetro Condições para Prosseguir o Estudo, que é composto por um conjunto de critérios propostos, que não são destinados para uso clínico (APA, 2013).

Este constructo tem vindo a ser cada vez mais alvo de investigação empírica, embora ainda não esteja uniformizado o conceito entre todos os autores, espera-se que a sua inclusão no *DSM-5* sirva para consolidar este constructo. Assim, o comportamento de autodano não suicidário, termo optado para o presente estudo, também é designado por: autolesão (*self-injury*; Duffy, 2009; Klonsky & Muehlenkamp, 2007), autodano intencional (*deliberate self-harm*; Pattison & Kahan, 1983 cit in Klonsky, 2007; Gratz, 2003; Chapman, Gratz & Brown, 2006), automutilação superficial-moderada (*superficial-moderate self-mutilation*; Favazza & Rosenthal, 1993 cit in Klonsky, 2009), automutilação (*self-mutilation*; Suyemoto, 1998; Simpson, 2001; Messer & Fremouw, 2008), autoferimento (*self-wounding*; Tantam & Whittaker, 1992), autolesão não suicidária (*nonsuicidal self-injury*; Lewis & Arbuthnott, 2012; Wilkinson, 2013) e parassuicídio (*parasuicide*; Ogundipe, 1999 cit in Klonsky, 2007).

Comportamento suicidário e parasuicidário: que diferenças?

O autodano distingue-se de atos que têm como propósito o suicídio, sendo inserido numa categoria mais ampla de comportamentos autolesivos designada de comportamento parasuicidário (Chapman, Gratz & Brown, 2006; Duffy, 2009). Os comportamentos de parasuicídio incluem qualquer destruição intencional de tecidos do corpo, havendo ou não intenção suicida e podendo envolver ou não uma clara intenção de morrer ou existir uma ambivalência sobre a intenção de morrer (Chapman, Gratz & Brown, 2006). O comportamento de autodano não suicidário distingue-se de atos suicidas, pela intenção subjacente, que no autodano não suicidário não é acabar com a vida; e pelo planeamento, sendo este comportamento não suicidário mais rápido com pouco planeamento e, por norma, repetitivo e habitual (APA, 2013, p. 803-806; Wilkinson, 2013). Todavia, é de ter em conta que estes atos podem associar-se a tentativas posteriores de suicídio, apontando-se que estes comportamentos e as variáveis que os predizem e mantêm podem não ser claras quando às suas consequências. Ainda que seja uma minoria de pessoas com ideação suicida que tentam cometer suicídio, a presença de comportamentos de autodano não suicidário é um marcador para cruzar a fronteira entre ideias e atos suicidas (Wilkinson, 2013).

Caracterização do autodano

Alguns autores fazem a distinção dos comportamentos de autodano em três categorias: *major*, estereotipado e superficial a moderado (Duffy, 2006, 2009; Messer & Fremouw, 2008). A categoria de autodano não suicidário *major* engloba comportamentos de autolesão raros e pouco frequentes que são comumente produto de uma doença mental grave e crónica (e.g., esquizofrenia, psicose induzida por drogas) ou doença neurológica (e.g., deficiência mental, doenças do desenvolvimento), que ocorrem sem aviso, envolvendo um dano maior e requerendo cuidados médicos imediatos, sendo exemplo destes atos a mutilação genital

masculina e feminina, a autoamputação de membros e a destruição do globo ocular (Duffy, 2006, 2009; Messer & Fremouw, 2008). Por sua vez, os comportamentos estereotipados são repetitivos e estão mais frequentemente relacionados com doenças neurológicas, incapacidades desenvolvimentais (e.g., a deficiência mental e o autismo) ou outras doenças (e.g., as Síndromes de *Lesch-Nylan*, *Tourette*, de *Lange* e *Rett*, e como a psicose aguda e a esquizofrenia), não sendo atos planeados e não envolvendo uma resposta emocional nem precedendo angústia psicológica (Duffy, 2006, 2009; Messer & Fremouw, 2008). A última categoria, o autodano superficial a moderado, é dividida em três tipos: compulsivo, que consiste em atos repetitivos e ritualistas para aliviar a tensão; o tipo episódico, que é menos frequente mas que alivia a tensão de modo semelhante ao tipo impulsivo; e a categoria repetitivo, que envolve uma preocupação intensa com estes comportamentos e aparenta assumir um rumo independente (Messer & Fremouw, 2008). Assim sendo, o autodano não suicidário, aqui abordado, é diferenciado dos comportamentos de autodano estereotipados observados em sujeitos com défices cognitivos com expressões mais graves de automutilação (e.g., amputação de um membro) como presente em indivíduos psicóticos. Noutras populações clínicas (e.g., perturbação de stress pós-traumático, perturbação *borderline* da personalidade, perturbações dissociativas, depressivas, ansiógenas, de abuso de substâncias e de comportamento alimentar) e em populações não clínicas, este comportamento também ocorre ainda que de uma forma menos grave e sem estar associado a défices cognitivos ou a psicose, surgindo relacionado com angústia emocional, mas não apenas (Klonsky, 2007; Chapman, Gratz & Brown, 2006).

Dados empíricos acerca do autodano

A investigação sobre este constructo revela-se transversal nas diferentes faixas etárias, apontando-se, por norma, como idade de início os 13 ou 14 anos (Klonsky & Muehlenkamp,

2007; Messer & Fremouw, 2008; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). As populações não clínicas de adolescentes têm vindo a tomar maior espaço nos estudos do autodano não suicidário (Latzman, Gratz, Young, Heiden, Damon & Hight, 2010; Adrian, Zeman, Erdley, Lisa & Sim, 2011), ainda que já haja algumas investigações com amostras não clínicas de jovens adultos e adultos (Klonsky & Olino, 2008; Klonsky, 2009; Glenn & Klonsky, 2011; Klonsky, 2011; Weinberg & Klonsky, 2012; Whitlock, Muehlenkamp, Eckenrode, Purington, Abrams, Barreira & Kress, 2013). Segundo Briere e Gil (1998), aproximadamente 4% dos adultos na população geral reportam comportamentos de autodano não suicidário. Na globalidade, nos últimos anos, tem-se constatado o aumento destes comportamentos (Briere & Gil, 1998).

Acresce referir que alguns estudos apontam uma maior frequência destes atos em mulheres (Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Gratz, 2006); noutros estudos os homens revelam-se também propensos para relatar o envolvimento nestes atos, ainda que com uma menor heterogeneidade do que as mulheres na quantidade de episódios durante a vida e no número médio por ano, e revelando uma idade menos precoce do que as mulheres para o primeiro episódio, embora o início se reporte à adolescência (Andover, Primack, Gibb & Pepper, 2010). Outros estudos apontam para a ausência de diferenças de género (Briere & Gil, 1998).

O autodano não suicidário não se restringe somente a cortes superficiais (e.g., pulsos, braços e interior das coxas), englobando também morder, queimar, gravar ou esculpir, beliscar, arrancar cabelo, arranhar severamente, esmurrar ou bater (por exemplo, quebrar ossos), interferir na cicatrização das feridas, esfregar a pele contra superfícies ásperas e/ou duras, espetar agulhas e engolir substâncias perigosas (Messer & Fremouw, 2008; Klonsky, 2009). No que concerne à caracterização das diversas formas de autodano não suicidário verifica-se que os cortes superficiais são o tipo de autodano mais frequentes, ocorrendo em mais de 70% dos sujeitos com autodano, podendo chegar a um predomínio de 97%, seguido

dos comportamentos de esmurrar ou bater com uma frequência entre os 21% a 44%, e do queimar (certas partes do corpo), com uma frequência de 15% a 35% (Briere & Gil, 1998; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). No estudo de Andover, Primack, Gibb e Pepper (2010) os autores indicam que embora o método mais relatado seja cortes superficiais os homens apresentaram como mais frequente o comportamento de bater em si mesmo. Por sua vez, as mulheres mostraram-se mais propensas a manifestar cortes e arranhar certas partes do tecido corporal, enquanto os homens identificaram de modo mais significativo o queimar (Andover, Primack, Gibb & Pepper, 2010). Mais ainda, é comum os indivíduos com autodano usarem mais do que um método (Gratz, 2001; Klonsky, 2011), e estes atos podem causar angústia psicológica ao indivíduo que os efetua ou às pessoas que lhe são próximas, podendo ter como consequências lesões físicas que exijam cuidados médicos ou até levar à morte (Klonsky, 2007).

A construção de uma medida padronizada e validada para avaliar os comportamentos de autodano não suicidários é vista como necessária no estado da arte. A tarefa não tem sido fácil, na medida em que alguns dos instrumentos psicométricos que foram desenvolvidos não estão ainda empiricamente validados e/ou a definição que os sustenta apresenta-se demasiado abrangente, isto é, incluindo os comportamentos de risco (e.g., o abuso de substâncias) (Gratz, 2001). Ainda assim, atualmente existem duas medidas psicométricas amplamente usadas e que visam avaliar os comportamentos de autodano não suicidários, nomeadamente, o Inventário de Comportamentos de Autodano Deliberado (*DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory*) de Gratz (2001) e o Inventário de Afirmações Sobre o Autodano (*ISAS: Inventory of Statements About Self-Injury*) de Klonsky e Glenn (2009). Relativamente ao *DSHI* de Gratz (2001), este inventário assenta na definição conceptual de autodano deliberado como a destruição ou alteração direta e deliberada de tecido corporal sem intenção suicida consciente,

embora resulte em ferimentos suficientemente graves para a ocorrência de dano nos tecidos (e.g., a formação de cicatrizes). Esta medida é um questionário de autorrelato de 17 itens, com base comportamental, desenvolvido pela autora para avaliar vários aspetos do autodano deliberado, abrangendo a frequência, a gravidade, a duração e o tipo de comportamentos não suicidários (Gratz, 2001). No entanto, esta medida não nos fornece quaisquer informações das razões ou funções subjacentes aos comportamentos de autodano deliberado, em oposição ao *ISAS* de Klonsky e Glenn (2009).

Em consonância, considera-se mais pertinente o *ISAS*, já que este possibilita uma abordagem funcional, e que explicita que os comportamentos desta natureza são causados por eventos que os precedem e seguem imediatamente (Nock, 2010). Assim, à luz desta perspetiva, considera-se que a manutenção do autodano não suicidário ocorre através de quatro processos de reforço possíveis, podendo, deste modo, o reforço ser positivo ou negativo e os eventos consequentes intrapessoais ou interpessoais (Nock, 2010). Logo, as funções do autodano podem ser intrapessoais, e refletem razões (as mais referidas) que se relacionam com a regulação afetiva ou com a forma de lidar com experiências emocionais negativas (Gratz, 2007; Klonsky, 2007, 2009); e as interpessoais ou sociais, das quais se apresentam como exemplos a autonomia e a influência interpessoal (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009). Klonsky e Glenn (2009) identificam treze funções para o comportamento de autodano não suicidário que são: a regulação afetiva, a antidissociação, o antissuicídio, os limites interpessoais, a influência interpessoal, a autopunição, a procura de sensações, a marcação de angústia, a autonomia, a criação de laços em pares, o autocuidado, a vingança e a resistência. Os sujeitos que executam estes comportamentos podem relatar mais do que uma razão para o seu ato, assim como mencionar outras funções (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Lewis & Arbuthnott, 2012) e estas podem variar ao longo do tempo (Lewis & Arbuthnott, 2012). Em geral, a regulação afetiva é apresentada como a principal razão para o autodano

não suicidário e a autopunição surge como a segunda mais comumente referida (Klonsky, 2009, 2011). Os modelos teóricos explicativos, que assentam nas funções do comportamento de autodano não suicidário, sugerem que, apesar das consequências negativas, estes atos encontram-se reforçados de diversas formas distintas, e que, quando os resultados destes atos superam essas consequências, o autodano não suicidário mantém-se (Nock, 2010).

Ao contrário do que se possa pensar não existe apenas a medida construída por Klonsky e Glenn (2009) a debruçar-se sobre as funções dos comportamentos não suicidários de autodano, havendo, por exemplo, a Avaliação Funcional de Automutilação (*FASM: Functional Assessment of Self-Mutilation*) de Lloyd, Kelley e Hope (1997, in Klonsky & Glenn, 2009), que possui as propriedades psicométricas mais bem estabelecidas dos instrumentos em vigor. Porém, o *FASM* não avalia algumas das funções dos atos referidos que estão mencionadas na literatura (Klonsky & Glenn, 2009), o que nos levou a optar pelo *ISAS*.

Objetivos

Este estudo visa caracterizar a natureza, tipologia e funções do autodano não suicidário numa amostra de jovens adultos portugueses, através do Inventário de Afirmações Sobre o Autodano (*ISAS: Inventory of Statements About Self-Injury*) de Klonsky e Glenn (2009).

O primeiro objetivo pretende testar as propriedades psicométricas da medida, recorrendo à análise da sua consistência interna e dos itens respetivos das duas secções do instrumento psicométrico.

Um segundo objetivo visa estudar a influência de certas variáveis de conveniência empiricamente testadas como centrais no autodano (impulsividade, dissociação e afeto negativo) e outras ainda não totalmente exploradas (alexitimia, autoaversão, autocriticismo, autocompaixão, *mindfulness*, medo da compaixão e vergonha) na predição das motivações intrapessoais e interpessoais do autodano não suicidário.

Por último, pretendeu-se também explorar a contribuição relativa das treze funções conhecidas para o autodano na sua variabilidade.

Metodologia

Participantes

A amostra do presente estudo é composta por uma amostra de conveniência não clínica. Esta foi recolhida durante o decorrer do segundo semestre de 2014 (fevereiro a maio), sendo constituída por estudantes de diversos cursos do ensino superior, maioritariamente da Universidade de Coimbra, abrangendo sujeitos de Portugal continental e das Ilhas (Regiões Autónomas dos Açores e da Madeira). Para a constituição da amostra foram usados quatro critérios de exclusão dos participantes, nomeadamente: não ser estudante universitário; ser estudante universitário estrangeiro, inserido num programa de mobilidade, como é o caso dos estudantes pelo programa de Erasmus; ter idade inferior a 18 anos e superior a 30 anos; e o preenchimento dos questionários de autorresposta estar incompleto e/ou incorreto.

Deste modo, a amostra global ficou constituída por 443 participantes, dos quais 92 são homens (20.8%) e 351 mulheres (79.2%), todos jovens adultos e estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 20.49$; $DP = 2.00$) e com 12 a 17 anos de escolaridade concluída ($M = 13.44$; $DP = 1.11$). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas do género quanto à idade, $t_{(441)} = .82$, $p = .416$, ou quanto aos anos de escolaridade, $t_{(441)} = -.50$, $p = .616$, notando-se uma semelhança entre homens e mulheres tanto na idade como na escolaridade. Relativamente ao estado civil, constata-se a dominância da categoria solteiro, não havendo diferenças significativas da variável mencionada entre os géneros ($\chi^2 = .53$, $p = .769$). Na Tabela 1 são apresentadas sintetizadas as características sociodemográficas da amostra global.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra global (N = 443)

	Masculino (n = 92)		Feminino (n = 351)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	20.66	2.38	20.44	1.89	.82	.416
Anos de escolaridade	13.38	1.27	13.45	1.07	-.50	.616
	n	%	n	%	χ^2	p
Estado civil					.53	.769
Solteiro	92	20.8	349	78.8		
Casado	---	---	1	.2		
União de facto	---	---	1	.2		

No entanto, para o presente estudo foi necessário incluir mais um critério de exclusão para a amostra global recolhida, e concretamente, os participantes assinalarem comportamentos de autodano não suicidários, ou seja, preencherem, pelo menos, uma das treze opções do item 1 da secção I do *ISAS* com um valor superior a 0. Perante este critério, a amostra ficou composta por 73 participantes jovens adultos, estudantes universitários, que corresponde a 16.48% da amostra global, dos quais 25 são homens (34.2%) e 48 mulheres (65.8%), com idades entre os 18 e os 30 anos ($M = 21.16$; $DP = 2.52$) e com 12 a 17 anos de escolaridade concluída ($M = 13.52$; $DP = 1.20$). Não se encontraram diferenças estatisticamente significativas no género quanto à idade, $t_{(71)} = 1.88$, $p = .064$, nem relativamente aos anos de escolaridade, $t_{(71)} = 1.66$, $p = .102$. No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que esta variável é constante, isto é, todos os participantes pertencem à categoria solteiro. Na Tabela 2 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra de autodano não suicidários.

Tabela 2

Características sociodemográficas da amostra com autodano não suicidário (N = 73)

	Masculino (n = 25)		Feminino (n = 48)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	21.92	2.75	20.77	2.32	1.88	.064
Anos de escolaridade	13.84	1.34	13.35	1.10	1.66	.102
	n	%	n	%		
Estado civil						
Solteiro	25	34.2	48	65.8		

Instrumentos

Inventário de Comportamentos de Autodano Deliberado (DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory; Gratz, K., 2001; tradução e adaptação portuguesa por Pinto, A., Castilho, P. & Pinto-Gouveia, J., 2013) é uma medida de autorrelato de 17 itens, com uma base comportamental, desenvolvida para avaliar vários aspetos do autodano, abrangendo a frequência, a gravidade, a duração e o tipo de comportamentos de autodano não suicidários. O *DSHI* possui duas variáveis, uma variável contínua em cada um dos 17 itens para medir a frequência de autodano, que é somada para obter as pontuações dos participantes; e uma variável dicotómica de autodano, que corresponde à atribuição da pontuação de “1” para os participantes que responderem “sim” em qualquer um dos primeiros 16 itens do inventário ou que tenham dado uma resposta afirmativa ao item 17, descrevendo um ato consistente com a definição conceptual de autodano. Em oposição, os participantes que não deram uma resposta “sim” para qualquer um dos itens recebem a pontuação de “0” na variável dicotómica. No estudo original, o inventário mostrou uma boa consistência interna ($\alpha = .82$) (Gratz, 2001). Neste estudo, adquiriu-se um valor standardizado de .63 para a consistência interna.

Inventário de Afirmações sobre o Autodano (ISAS: Inventory of Statements About Self-Injury; Klonsky, E. & Glenn, C., 2009; tradução e adaptação portuguesa por Bessa, S., Mendonça, C. & Pinto-Gouveia, J., 2010) é uma medida com duas secções, a secção I. Comportamentos e a secção II. Funções. A primeira secção avalia a frequência ao longo da vida de 12 comportamentos de autodano não suicidários, pedindo-se aos participantes para estimarem o número de vezes que efetuaram cada um desses atos. Nesta secção existem mais cinco questões que avaliam fatores descritivos e contextuais, nomeadamente, a idade do aparecimento, a experiência de dor durante o autodano, se esse ato é realizado sozinho ou na presença dos outros, o tempo entre o impulso para esse ato e a sua execução, e se o sujeito quer parar o autodano; em que nas últimas quatro questões se utiliza um formato de múltipla

escolha. Após a primeira secção, os participantes que aprovam um ou mais dos atos de autodano não suicidários são instruídos para completar a segunda secção desta escala. Essa secção avalia 13 funções potenciais dos atos referidos: a regulação afetiva, a antidissociação, o antissuicídio, a autonomia, os limites interpessoais, a influência interpessoal, a marcação de angústia, a criação de laços em pares, o autocuidado, a autopunição, a vingança, a procura de sensações e a resistência. Cada função é avaliada por três itens (“0 – não é de todo relevante”, “1 – é de alguma forma relevante”, “2 – é muito relevante”), podendo os valores de cada uma das 13 funções variar de 0 a 6. As 13 funções foram distribuídas por dois fatores, o fator 1 que representa as funções interpessoais (8 subescalas: autonomia, limites interpessoais, influência interpessoal, criação de laços em pares, vingança, autocuidado, a procura de sensação e resistência; com uma boa consistência interna: $\alpha = .88$) e o fator 2 que consiste nas funções intrapessoais (5 subescalas: regulação afetiva, antidissociação, antissuicídio, marcação de angústia e autopunição; com uma boa consistência interna: $\alpha = .80$) (Klonsky, E. & Olino, T., 2008; Klonsky & Glenn, 2009). A consistência interna adquirida, nesta investigação, foi boa tanto para as funções interpessoais ($\alpha = .83$) como para as intrapessoais ($\alpha = .87$).

Escala de Autoaversão (SDS: Self-Disgust Scale; Overton, P., Markland, F., Taggart, H., Bagshaw, G. & Simpson, J., 2008; versão portuguesa de Castilho, P., Pinto, A., Carreiras, D., & Bárto, C., 2014) avalia a autoaversão e é composta por três constructos: a aparência, o autoconceito geral e o comportamento, sendo que seis itens são neutros equilibrando a negatividade da escala. Cada afirmação deste instrumento psicométrico foi avaliada numa escala de Likert de 7 pontos (“1 – Concordo fortemente” a “7 – Discordo fortemente”), sendo que a pontuação total é obtida somando os valores dos 12 itens relacionados com os três constructos de autoaversão. O coeficiente *alpha* de Cronbach para os 12 itens de autoaversão é muito elevado ($\alpha = .91$), sugerindo uma excelente consistência interna dentro da escala

(Overton, Markland, Taggart, Bagshaw, & Simpson, 2008). A consistência interna é também elevada ($\alpha = .89$) no presente estudo.

Escala das Formas do Autocriticismo e de Autotranquilização (FSCRS: Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. & Irons, C., 2004; versão portuguesa por Castilho & Pinto-Gouveia & Duarte, 2013) é um instrumento de autorresposta composto por 22 itens, que pretende avaliar a maneira como as pessoas se autocriticam e autotranquilizam quanto estão diante de situações de fracasso e de erro. Os seus 22 itens encontram-se organizados em três subescalas: o *eu inadequado* que estima o sentimento de inadequação do eu diante fracassos, erros e obstáculos; o *eu tranquilizador* que avalia uma atitude calorosa, positiva, de conforto, e compaixão para com eu; e o *eu detestado* que indica uma resposta mais destrutiva, caracterizada por autorrepugnância, raiva e aversão perante momentos de fracasso, por um relacionamento com o eu não gostado e por um desejo de perseguir, magoar e agredir o eu. Cada item é cotado recorrendo a uma escala tipo Likert de cinco pontos (“0 – não sou assim” a “4 – sou extremamente assim”). No estudo original os valores de consistência interna indicados para as subescalas foram: $\alpha = .90$ para o *Eu inadequado*, $\alpha = .86$ para o *Eu tranquilizador* e $\alpha = .86$ para o *Eu detestado*, o que aponta para uma boa consistência interna (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Na versão portuguesa, também se obtiveram bons valores de consistência interna ($\alpha = .89$ para o *Eu inadequado*, $\alpha = .87$ para o *Eu tranquilizador* e $\alpha = .62$ para o *Eu detestado*) (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011b). No presente estudo os valores de consistência interna foram $\alpha = .59$ para o *Eu inadequado*, $\alpha = .89$ para o *Eu tranquilizador* e $\alpha = .74$ para o *Eu detestado*, ou seja, obtiveram-se bons valores.

Escala de Experiências de Vergonha (ESS: Experience of Shame Scale; Andrews, B., Qian, M. & Valentine, J., 2002; tradução e adaptação portuguesa por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J., 2005) consiste num instrumento com 27 itens que avalia três áreas da vergonha: o

carácter, o comportamento e o corpo. Cada um dos itens indica a frequência de experienciar, pensar e evitar, no ano anterior, qualquer uma das três áreas de vergonha, classificando-a com uma escala de 4 pontos (1 – “nada” a 4 – “muito”). Na versão original foi encontrada uma consistência interna elevada para escala total ($\alpha = .92$). Para as subescalas os valores de consistência interna foram: $\alpha = .90$ para a *ESS* de carácter, $\alpha = .87$ para a *ESS* do comportamento e $\alpha = .86$ para a *ESS* do corpo (Andrews, Qian & Valentine, 2002). Relativamente à versão portuguesa o valor de consistência interna para a escala total apresenta um *alpha* de Cronbach de .93, e para as subescalas: *ESS* de carácter de .89, *ESS* do comportamento de .88 e *ESS* do corpo de .80 (Lopes, 2010). Neste estudo, todos os valores de consistência interna foram elevados, tanto na escala total ($\alpha = .96$) como nas subescalas (*ESS* de carácter: $\alpha = .91$; *ESS* do comportamento: $\alpha = .92$; e *ESS* do corpo: $\alpha = .90$).

Escala do Medo da Compaixão (FCS: Fears of Compassion Scales; Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Rivis, A., 2010; versão portuguesa por Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C., 2014) é uma medida de autorresposta e compreende três escalas: o medo da compaixão para consigo mesmo com 15 itens, que consiste na compaixão que temos por nós mesmos quando fazemos erros ou quando as coisas dão errado na nossa vida; o medo da compaixão por parte dos outros com 13 itens, que é a compaixão que vem a partir dos outros e que flui para o eu; e o medo da compaixão em relação aos outros com 10 itens, que se baseia na compaixão que sentimos pelos outros, ligado com a nossa sensibilidade aos pensamentos e sentimentos das outras pessoas. Os itens são cotados recorrendo a uma escala tipo Likert de 5 pontos (0 – “discordo totalmente” a 4 – “concordo totalmente”). No estudo original, os valores de consistência interna para as subescalas da *FCS* foram: $\alpha = .92$ para a *FCS* para consigo mesmo, $\alpha = .85$ para a *FCS* por parte dos outros e $\alpha = .84$ para a *FCS* em relação aos outros, o que indica boa consistência interna (Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2010). Na versão portuguesa, os valores de consistência interna para as subescalas da *FCS*

foram: $\alpha = .94$ para a *FCS* para consigo mesmo, $\alpha = .91$ para a *FCS* por parte dos outros e $\alpha = .88$ para a *FCS* em relação aos outros, o que indica boa consistência interna (Simões, 2012). Nesta investigação, obtiveram-se boas consistências internas para as três subescalas da *FCS* (*FCS* para consigo mesmo: $\alpha = .94$; *FCS* por parte dos outros: $\alpha = .90$; e *FCS* em relação aos outros: $\alpha = .84$).

Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ: Five Facet Mindfulness Questionnaire; Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L., 2006; tradução e adaptação portuguesa por Pinto-Gouveia, J. & Gregório, S., 2007) é composto por cinco subescalas de *mindfulness*: observar, descrever, agir com consciência, não julgar e não reagir. Este instrumento avalia a tendência de cada sujeito estar *mindful* no seu quotidiano, tendo 39 itens de autorresposta, cotados segundo uma escala de Likert de 5 pontos (1 – “nunca/muito raramente” a 5 – “muito frequentemente/sempre verdadeiro”). No estudo original do *FFMQ*, as subescalas apresentaram bons valores de consistência interna (*FFMQ* observar: $\alpha = .83$; *FFMQ* descrever: $\alpha = .91$; *FFMQ* agir com consciência: $\alpha = .87$; *FFMQ* não julgar: $\alpha = .87$; e *FFMQ* não reagir: $\alpha = .75$) (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer, & Toney, 2006). Na versão portuguesa, os valores de consistência interna para as subescalas foram: $\alpha = .78$ para *FFMQ* observar, $\alpha = .88$ para a *FFMQ* descrever, $\alpha = .89$ para a *FFMQ* agir com consciência, $\alpha = .86$ para a *FFMQ* não julgar e $\alpha = .66$ para a *FFMQ* não reagir (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). Os valores de consistência interna adquiridos neste estudo para todas as subescalas foram elevados (*FFMQ* observar: $\alpha = .87$; *FFMQ* descrever: $\alpha = .90$; *FFMQ* agir com consciência: $\alpha = .90$; *FFMQ* não julgar: $\alpha = .88$; e *FFMQ* não reagir: $\alpha = .70$).

Escala de Dissociação (DESI: Dissociative Experiences Scale; Carlson, E. & Putnam, F., 1993; tradução e adaptação portuguesa por Dinis, A., Matos, M. & Pinto-Gouveia, J., 2008) é constituída por 28 itens e pretende avaliar a frequência com que o indivíduo vive experiências dissociativas, sendo enumerado um conjunto de situações em que o sujeito

decide, dentro de uma escala de 0 a 100%, o grau em que a experiência nomeada na questão se aplica a si. Na versão original é apontada uma boa consistência interna ($\alpha = .95$) (Frischholz et al. 1990, cit in Carlson & Putnam, 1993). Para a versão portuguesa da *DESII* é apresentado um valor elevado para a consistência interna ($\alpha = .93$) (Matos, Dinis & Pinto-Gouveia, manuscrito em preparação). No atual estudo também se obteve um valor elevado quanto à consistência interna ($\alpha = .94$).

Escala de Autocompaixão (SELFCS: Self-Compassion Scale; Neff, 2003b; tradução e adaptação portuguesa por Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J., 2014) é um instrumento com 26 itens de autorresposta, que possui um formato de resposta tipo Likert (“1 – quase nunca” e “5 – quase sempre”). Esta escala divide-se em 6 subescalas que avaliam: o calor/compreensão, a autocrítica, a condição humana, o isolamento, o *mindfulness* e a sobre-identificação. Na versão original, a *SELFCS* revelou muito bons níveis de consistência interna para a escala total ($\alpha = .92$) (Neff, 2003a, b). Referente à versão portuguesa, encontraram-se uns bons níveis de consistência interna para a escala total numa amostra não clínica ($\alpha = .94$) e numa amostra clínica ($\alpha = .92$) (Castilho et al., 2014). Nesta investigação, a consistência interna também revelou um bom valor para a escala total ($\alpha = .92$).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42: Depression, Anxiety and Stress Scales; Lovibond, P. & Lovibond, S., 1995; versão portuguesa por Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I., 2004). Este instrumento é constituído por 42 itens e tem como intenção avaliar sintomas emocionais negativos que correspondem a três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress, cada uma com 14 itens. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, expostas numa escala Likert (0 – “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Na versão original, a subescala de Depressão tem um *alpha* de Cronbach de .91, enquanto que a subescala de Ansiedade é de .84 e a subescala de Stress é de .90, o que indica uma boa consistência interna (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão

portuguesa também foi encontrada uma boa consistência interna para as subescalas (Depressão: $\alpha = .93$; Ansiedade: $\alpha = .83$; Stress: $\alpha = .88$) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No presente estudo os valores da consistência interna para a subescalas: de Depressão foi de $\alpha = .96$, de Ansiedade foi de $\alpha = .93$ e de Stress obteve-se um $\alpha = .94$.

Escala de Impulsividade de Barratt (BIS: Barratt Impulsiveness Scale; Patton, J., Stanford, M. & Barratt, E., 1995; tradução e adaptação portuguesa por Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J., 2008) é um questionário de autorrelato com 30 itens, com o intuito de medir a impulsividade, sendo que quanto mais alto for o somatório de todos os itens, mais elevado será o nível de impulsividade. Os itens são cotados usando uma escala tipo Likert de quatro pontos entre “1 – nunca/raramente” e “4 – quase sempre/sempre”, onde o valor mais elevado (“4”) indica a resposta mais impulsiva. No estudo original, a consistência interna revelou-se boa ($\alpha = .82$) (Patton, Stanford & Barratt, 1995). Nesta investigação obteve-se uma boa consistência interna ($\alpha = .81$) para a *BIS*.

Escala de Afeto Positivo e Negativo (PANAS: Positive and Negative Affect Schedule; Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A., 1988; versão portuguesa de Galinha, I. & Pais-Ribeiro, J., 2005) é uma escala de autorresposta com 20 itens, 10 dos quais pertencem à subescala de afeto negativo e os restantes 10 à subescala de afeto positivo. Para a cotação deste instrumento recorre-se a uma escala tipo Likert de cinco pontos (“1 – nada/muito ligeiramente” a “5 – extremamente”), considerando-se apenas as últimas semanas. Quanto à consistência interna, a versão original tem um *alpha* de Cronbach de .88 para a subescala do afeto positivo e um *alpha* de Cronbach de .87 para a subescala do afeto negativo (Watson, Clark & Tellegen, 1988). No que diz respeito à versão portuguesa, a subescala do afeto positivo possui um *alpha* de Cronbach de .86 e a subescala do afeto negativo de .89 (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). No presente estudo, ambas as subescalas relevam boas consistências internas (afeto positivo: $\alpha = .85$; afeto negativo: $\alpha = .93$).

Escala de Alexitimia de Toronto – 20 Itens (TAS-20: Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale; Bagby, R., Parker, J. & Taylor, G., 1994a, b; tradução e adaptação portuguesa por Prazeres, N., Parker, J. & Taylor, G., 2000) é uma medida de autoavaliação com 20 itens, onde é solicitado ao sujeito identificar o seu grau de concordância para cada item, utilizando uma escala de Likert de cinco pontos (“1 – discordo totalmente” a “5 – concordo totalmente”). A *TAS-20* é dividida em três fatores: (1) dificuldade em identificar sentimentos e em distingui-los das sensações corporais da emoção, (2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros e (3) estilo de pensamento orientado para o exterior. Na versão original, a consistência da escala total revelou-se boa ($\alpha = .86$) assim como para os fatores 1 ($\alpha = .80$), 2 ($\alpha = .76$) e 3 ($\alpha = .71$) (Parker, Taylor & Bagby, 2003). Na versão portuguesa, a consistência interna da escala total foi de .79 e os valores dos fatores foram: .83 para o fator 1, .65 para o fator 2 e .60 para o fator 3 (Prazeres, Parker & Taylor, 2000). Relativamente a esta investigação obteve-se uma consistência interna de .80 para a escala total, de .80 para o fator 1, de .77 para o fator 2 e de .49 para o fator 3.

Escala de Experiências Precoces de Vida (ELES: Early Life Experiences Scale; Gilbert, P., Cheung, M., Grandfield, T., Campey, F. & Irons, C., 2003; tradução e adaptação portuguesa por Lopes, B. & Pinto-Gouveia, J., 2005) é uma escala de autorresposta com 16 itens, que tem como pretensão avaliar a percepção de ameaça e submissão ao longo da infância. Este instrumento é composto por três subescalas: ameaça percebida, submissão e (des)valorização, que se centram na evocação de memórias de ameaça percebida e de sentimentos e comportamentos de subordinação por parte das figuras de vinculação. A consistência interna demonstrou-se boa, em que os *alphas* de Cronbach foram de .92 para a escala total, de .89 para a subescala de ameaça percebida, de .85 para a de submissão e de .71 para a de (des)valorização (Gilbert, Cheung, Grandfield, Campey & Irons, 2003). A versão portuguesa da *ELES* mostrou uma boa consistência interna, tendo como *alphas* de Cronbach

.88 para a escala total, .84 para a subescala de ameaça percebida, .80 para a de submissão e .69 para a de (des)valorização (Lopes, 2010). Referente a este estudo obteve-se uma boa consistência interna para a escala total ($\alpha = .86$), tendo-se um valor de .83 para a subescala de ameaça percebida, de .76 para a de submissão e de .70 para a de (des)valorização.

Procedimento metodológico

Antes de se iniciar a distribuição dos protocolos de investigação para a recolha da amostra de aferição, procedeu-se à tradução e adaptação do Inventário de Afirmações sobre o Autodano (*ISAS, Inventory of Statements About Self-Injury*; Klonsky, E. & Glenn, C., 2009) para a língua portuguesa e à retroversão da medida da versão traduzida para a língua original, isto é, para o inglês, de modo a garantir a aquisição da versão mais fidedigna da medida à versão em vigor. Após este procedimento constituiu-se uma bateria de instrumentos de autorrelato, à qual se juntaram mais três folhas, nomeadamente, o consentimento informado, referente às questões éticodeontológicas, onde se asseguraram o anonimato e a confidencialidade dos dados fornecidos por parte de cada participante, assim como, se aludiu que a colaboração na investigação seria voluntária; a folha de rosto, que continha uma apresentação resumida dos objetivos do estudo para o qual estava a ser solicitada a sua cooperação; e, por último, a folha para a recolha das informações demográficas.

A administração do protocolo de investigação esteve a cabo da investigadora do estudo, que procedeu à recolha da amostra dentro e fora do contexto de aula a estudantes universitários, na sua grande maioria da Universidade de Coimbra.

Na entrega do protocolo, os objetivos do estudo foram expostos, juntamente com uma breve explicação do entendimento atual dos comportamentos de autodano não suicidários pela comunidade científica e a associação destes atos a várias funções. Os participantes também foram informados da impossibilidade de se realizar diretamente qualquer diagnóstico de

perturbação psicopatológica por incorrer nestes atos, assim como, se garantiram as condições éticodeontológicas, também entregues por escrito, e o esclarecimento de quaisquer dúvidas.

Estratégia Analítica

O estudo apresentou um desenho transversal. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes, recorreu-se ao teste *t* para amostras independentes. Ou seja, com o objetivo de avaliar as diferenças entre os grupos nas variáveis em estudo, testando se as médias das duas amostras são ou não significativamente diferentes, realizaram-se testes *t* de *Student*. Os pressupostos exigidos para a aplicação deste teste estatístico foram devidamente analisados (normalidade das distribuições e homogeneidade das variâncias). Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo *p-value* do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010). Para o estudo de natureza correlacional, foram realizadas matrizes de correlação de *Spearman* (tamanho amostral reduzido; $N = 73$) para explorar as associações entre as funções interpessoais e intrapessoais do autodano não suicidário, as memórias emocionais de ameaça e subordinação, a vergonha, os modelos de relação interna (autocompaixão, autocriticismo e autoaversão), as formas do medo da compaixão, a dissociação, a impulsividade, o *mindfulness* e os sintomas depressivos e ansiosos. Realizaram-se também uma série de modelos de regressão linear simples para testar por um lado a contribuição relativa das funções intrapessoais e interpessoais (variáveis independentes) na variabilidade do autodano não suicidário (variável dependente), e por outro lado, a influência das variáveis em estudo na predição das motivações intra e interpessoais subjacentes ao comportamento de autodano. As análises estatísticas supracitadas foram efetuadas com recurso ao *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 20; SPSS Inc, Chicago, IL, USA).

Resultados

No presente estudo, a caracterização do autodano através do *ISAS* e as suas propriedades psicométricas foram examinadas com o intuito de estudar o instrumento supracitado e de caracterizar o autodano numa amostra não clínica.

Caracterização do autodano não suicidário (ADNS)

Iniciou-se este estudo pela parte comportamental do *ISAS* (Secção I. Comportamentos). A análise de frequências mostrou que o número de comportamentos de autodano não suicidários por participante da amostra não clínica varia entre 1 a 1262 comportamentos de autodano ($M = 112.84$; $DP = 222.72$), e que é indiferente do tipo de atos em si usados. Reiterou-se o procedimento excluindo o sujeito que pontuou 1262 comportamentos de autodano obtendo-se um intervalo de 1 a 800 desses atos ($M = 96.88$; $DP = 177.32$). Observou-se ainda que o número de comportamentos referidos mais efetuados por sujeito foi de 20, por 11 participantes (15.1%). Relativamente ao tipo de comportamentos de autodano mais frequentes regista-se em primeiro lugar o *beliscar-se* (43.8%), mencionado quase por metade da amostra, em segundo o *morder-se* (42.5%) e em terceiro *interferir na cicatrização das feridas* (38.4%); acresce ainda mencionar que o comportamento com menor frequência foi o *engolir substâncias perigosas* (4.1%). Também foram identificados por 6 participantes (8.2%) outro tipo de comportamentos não suicidários de autodano que não estavam discriminados, nomeadamente, o autoestrangulamento, o esfregar malaguetas em feridas abertas e olhos, o deslocar ossos, lutar e atirar-se de sítios altos (cf. Tabela 3). No entanto, os dados evidenciaram que a forma preferencial de autodano nesta amostra era *interferir na cicatrização das feridas* ($N = 16 - 21.9\%$), seguindo-se os *cortes superficiais* ($N = 12 - 16.4\%$) e o *beliscar-se* ($N = 7 - 9.6\%$). Uma análise mais detalhada por género, revelou que as mulheres assinalam como principal comportamento o *cortar-se* ($n_F = 10 - 20.8\%$) e, em

segundo, *beliscar-se* ($n_F = 9 - 18.8\%$); enquanto que os homens referem em primeiro o *interferir na cicatrização das feridas* ($n_M = 7 - 28\%$), seguindo-se o comportamento de *beliscar-se* ($n_M = 3 - 12\%$).

Tabela 3

Frequência dos diferentes tipos de comportamentos não suicidários de autodano

Tipos de comportamentos não suicidários de autodano	N	%	Número de vezes	
			Máximo	Mínimo
Cortar-se	22	30.1	600	0
Morder-se	31	42.5	500	0
Queimar-se	8	11	25	0
Gravar-se (na sua própria pele)	14	19.2	10	0
Beliscar-se	32	43.8	500	0
Arrancar cabelo	19	26	500	0
Arranhar-se severamente	17	23.3	500	0
Esmurrar-se ou bater-se	19	26	30	0
Interferir na cicatrização das feridas (p.ex. arrancar as crostas)	28	38.4	500	0
Esfregar a pele contra superfícies ásperas e/ou duras	4	5.5	20	0
Espetar-se com agulhas	9	12.3	20	0
Engolir substâncias perigosas	3	4.1	5	0
Outro	6	8.2	150	0

Dados descritivos do autodano em função da idade, anos de escolaridade e de variáveis situacionais

No sentido de testar a influência de variáveis sociodemográficas (e.g., idade e anos de escolaridade) no autodano não suicidário (ADNS) realizaram-se correlações de *Spearman* para a idade e anos de escolaridade. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o ADNS e a idade e anos de escolaridade (idade: $r_{s(71)} = .048$, $p = .685$; anos de escolaridade: $r_{s(71)} = .047$, $p = .695$, respetivamente), nesta amostra.

Na caracterização do ISAS, referente à variável *idade da primeira vez que realizou comportamentos de autodano*, observou-se uma amplitude dos 3 aos 24 anos ($M = 12.51$; $DP = 4.34$), com maior número de participantes a iniciarem estes atos aos 10 anos ($N = 9 - 12.3\%$). Quanto à variável *idade mais recente que realizou comportamentos de autodano*, a

amplitude situou-se entre os 7 e os 30 anos ($M = 18.97$; $DP = 3.97$), tendo uma maior ocorrência aos 19 anos ($N = 12 - 16.4\%$). Metade da amostra indicou *sentir dor física* ($N = 37 - 50.7\%$), sendo que 22 sujeitos referiram apenas *às vezes* (30.1%) e 14 (19.2%) relataram *ausência de dor física*. Os participantes assinalaram com maior frequência estarem *sozinhos* na execução dos comportamentos de autodano ($N = 41 - 56.2\%$), ainda que 26 (35.6%) tenham indicado *às vezes* e 6 sujeitos (8.2%) mencionado que estavam acompanhados aquando da *ocorrência do autodano*. Na questão referente ao *tempo que decorre entre o impulso de se autoagredir e o agir de acordo com esse impulso* obteve-se que 64 dos participantes (87.7%) fá-lo em *menos de 1 h*, 4 dos sujeitos (5.5%) *entre 1h a 3h*, 1 pessoa indicou *entre 3h a 6h*, e 4 (5.5%) em *mais de 1 dia*. Por curiosidade e por evidencia empírica (Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996) correlacionou-se este item com a impulsividade (medida pelo *BIS*) em que não se encontrou nenhuma associação entre as variáveis ($r_{s(71)} = -.133$, $p = .261$). Quando à pergunta se *quer/quis parar de se autoagredir*, verificou-se que 55 sujeitos (75.3%) assinalaram que *sim*, tendo 18 (24.7%) referido que *não*.

Caracterização das funções do autodano não suicidário

Estudos recentes têm sugerido que os comportamentos de autodano apresentam diferentes funções, pelo que a sua análise e avaliação permitirá uma melhor compreensão relativa à patoplastia deste fenómeno (Klonsky, 2009). Procedeu-se, então, à análise funcional do ADNS (Secção II. Funções).

Como já mencionado, o *ISAS* divide os seus 39 itens em 13 funções para a ocorrência de autodano não suicidário, sendo que a função mais frequente, como esperado, é a *regulação afetiva* ($M = 3.05$; $DP = 2.18$) com 58 participantes (79.5%) a identificá-la (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Frequência das 13 funções do autodano não suicidário (ADNS)

						<i>Pontuação</i>	
						<i>Máximo</i>	<i>Mínimo</i>
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>%</i>		
Fator 1 – Funções interpessoais	Autocuidado	1.07	1.38	37	50.7	5	0
	Autonomia	.60	1.26	21	28.8	6	0
	Criação de laços em pares	.47	1.13	14	19.2	5	0
	Influência interpessoal	.42	.93	15	20.5	4	0
	Limites interpessoais	.41	1.04	14	19.2	6	0
	Procura de sensações	.89	1.40	28	38.4	6	0
	Resistência	1.37	1.69	38	52.1	6	0
	Vingança	.37	.95	11	15.1	4	0
Fator 2 – Funções intrapessoais	Antidissociação	1.38	1.80	40	54.8	6	0
	Antissuicídio	.52	1.23	13	17.8	6	0
	Autopunição	1.36	1.84	33	45.2	6	0
	Marcação da angústia	1.03	1.62	28	38.4	6	0
	Regulação afetiva	3.05	2.18	58	79.5	6	0

Ambos os géneros assinalaram a *regulação afetiva* como principal função (F: $M = 3.31$; $DP = 2.21$; M: $M = 2.56$; $DP = 2.06$), seguida da função *antidissociação* para as mulheres ($M = 1.56$; $DP = 2.10$) e da função *resistência* ($M = 1.80$; $DP = 1.61$) para os homens. Acresce referir que a função menos reportada pelas mulheres foi a função *vingança* ($M = .27$; $DP = .82$) e nos homens a função *antissuicídio* ($M = .32$; $DP = .90$) e os *limites interpessoais* ($M = .32$; $DP = .90$) (cf. Tabela 4). Para testar a existência de diferenças significativas entre o género e as 13 funções do ADNS apontadas, recorreu-se ao teste *t de Student*. Não foram encontradas diferenças significativas nas funções do autodano em função do género, como se pode observar na Tabela 5.

Da análise da Tabela 5 constata-se que as funções intrapessoais, são as mais reportadas por ambos os géneros (F: $M = 1.61$; $DP = 1.38$; M: $M = 1.19$; $DP = .84$) em comparação com as funções interpessoais (F: $M = .64$; $DP = .73$; M: $M = .83$; $DP = .75$). Contudo, a análise do teste *t de Student* mostrou que não existem diferenças significativas em cada um dos fatores (fator 1: $t_{(71)} = 1.03$, $p = .350$; fator 2: $t_{(71)} = -1.39$, $p = .168$) em função do género.

Tabela 5

Testes t de Student (amostras independentes) das 13 funções do autodano não suicidário em função do gênero

		Masculino (n = 25)		Feminino (n = 48)		t	p
		M	DP	M	DP		
Fator 1 – Funções interpessoais	Autocuidado	.96	1.24	1.13	1.45	-.51	.614
	Autonomia	.84	1.46	.48	1.13	1.08	.288
	Criação de laços em pares	.44	.96	.48	1.22	-.15	.881
	Influência interpessoal	.44	1.04	.42	.87	.10	.924
	Limites interpessoais	.32	.90	.46	1.11	-.57	.568
	Procura de sensações	1.24	1.64	.71	1.24	1.42	.163
	Resistência	1.80	1.61	1.15	1.70	1.62	.112
	Vingança	.56	1.16	.27	.82	1.24	.220
Fator 2 – Funções intrapessoais	Antidissociação	1.04	.93	1.56	2.10	-1.18	.242
	Antissuicídio	.32	.90	.63	1.36	-1.01	.317
	Autopunição	1.04	1.59	1.52	1.95	-1.06	.292
	Marcação da angústia	1.00	1.35	1.04	1.75	-.11	.911
	Regulação afetiva	2.56	2.06	3.31	2.21	-1.44	.155

Análises de correlação

Relação entre dados contextuais do autodano e as funções

Com o objetivo de estudar a relação entre as variáveis contextuais (e.g., idade de início do autodano, estar sozinho ou acompanhado) e as funções do ADNS realizou-se um estudo de natureza correlacional. A variável *idade em que se autoagrediu pela primeira vez* não se mostra correlacionada com as funções interpessoais e as funções intrapessoais (fator 1: $r_{s(71)} = -.18, p = .120$; fator 2: $r_{s(71)} = -.01, p = .911$, respectivamente). O mesmo padrão obteve-se para as variáveis *sentir dor física quando se autoagride* (fator 1: $r_{s(71)} = -.02, p = .864$; fator 2: $r_{s(71)} = .16, p = .186$) e *quer/quis parar de se autoagredir* (fator 1: $r_{s(71)} = -.02, p = .853$; fator 2: $r_{s(71)} = .07, p = .584$). Porém, a relação entre as funções intrapessoais do autodano e a variável *estar sozinho* mostrou-se significativa, no sentido esperado ($r_{s(71)} = .30, p = .010$). Esta última variável não se relacionou com as funções interpessoais ($r_{s(71)} = .05, p = .666$).

Relação entre as funções do autodano, mecanismos psicológicos e psicopatologia

Realizou-se um estudo de natureza correlacional, em que se procurou analisar a grandeza das associações entre as variáveis em estudo supracitadas (cf. Tabela 6).

Funções interpessoais e intrapessoais e ranking social

As *funções interpessoais* apenas se correlacionam significativamente com *eu inadequado* ($r_{s(71)} = .24, p = .05$), com uma magnitude baixa e no sentido esperado.

Quanto às *funções intrapessoais* existem associações significativas com as componentes da *autoaversão autoconceito geral* ($r_{s(71)} = .46, p \leq .01$) e *comportamento* ($r_{s(71)} = .45, p \leq .01$), assim como, com a *autoaversão total* ($r_{s(71)} = .42, p \leq .01$). Estas correlações indicaram uma magnitude baixa e na direção é esperada. De igual forma, as *funções intrapessoais* têm uma relação significativa com os fatores das *experiências precoces de vida ameaça percebida* ($r_{s(71)} = .24, p = .05$) e *submissão* ($r_{s(71)} = .30, p = .01$), com uma baixa magnitude e no sentido esperado. No que diz respeito às *funções intrapessoais* e aos fatores de *vergonha carácter* ($r_{s(71)} = .36, p \leq .01$), *comportamento* ($r_{s(71)} = .30, p = .01$) e *corpo* ($r_{s(71)} = .28, p = .02$) estas revelaram associações significativas com uma magnitude baixa e como esperadas. Por fim, as *funções intrapessoais* demonstraram correlações significativas, com magnitudes baixas e na direção esperada, com o *eu detestado* ($r_{s(71)} = .41, p \leq .01$), *eu inadequado* ($r_{s(71)} = .41, p \leq .01$) e *eu tranquilizador* ($r_{s(71)} = -.29, p = .01$). Desta maneira, mais *eu detestado* e *eu inadequado* correspondem a mais razões relacionadas com as *funções intrapessoais*, assim como, ter uma relação interna com o eu caracterizada por sentimentos de bondade, tolerância e empatia, leva a que menores sejam as razões intrapsíquicas para executar um comportamento de autodano não suicidário.

Funções interpessoais e intrapessoais, impulsividade e dissociação

As *funções interpessoais* mostraram-se correlacionadas com a *impulsividade* ($r_{s(71)} = .39, p \leq .01$) e com a *dissociação* ($r_{s(71)} = .41, p \leq .01$), correspondendo mais *impulsividade* e *dissociação* a mais razões associadas com as *funções interpessoais*. As correlações entre as *funções interpessoais* com a *dissociação* e a *impulsividade* são de magnitude baixa e no sentido esperado da associação.

Por último, as *funções intrapessoais* apresentam um coeficiente de correlação positiva e estatisticamente significativa com a *dissociação* ($r_{s(71)} = .35, p \leq .01$), sugerindo que mais *dissociação* está associada a mais razões ligadas às *funções intrapessoais*, tendo uma magnitude baixa e estando correlacionadas no sentido esperado.

Funções interpessoais e intrapessoais, alexitimia e psicopatologia

As *funções interpessoais* apresentam um coeficiente de correlação positiva e estatisticamente significativa com a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .27, p = .02$) e a *depressão* ($r_{s(71)} = .40, p \leq .01$), sugerindo que mais sintomas ansiosos e depressivos estão relacionados a mais razões ligadas às *funções interpessoais*, tendo uma magnitude baixa e estando no sentido esperado.

Quanto às *funções intrapessoais* mostraram-se correlacionadas com a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .25, p = .03$), com uma magnitude baixa e no sentido esperado da correlação. As *funções intrapessoais* também se correlacionam no sentido esperado e com uma magnitude baixa com a componente da *alexitimia identificar e distinguir sentimentos* ($r_{s(71)} = .27, p = .02$).

Funções interpessoais e intrapessoais, medo da compaixão, autocompaixão e mindfulness

No que concerne às *funções interpessoais*, estas apenas se manifestou correlacionadas com as facetas do *mindfulness agir com consciência* ($r_{s(71)} = -.35, p \leq .01$) e *não julgar* ($r_{s(71)} = -.31, p \leq .01$), com uma magnitude baixa e na direção esperada.

As *funções intrapessoais* associam-se no sentido esperado com a componente do *medo da compaixão por parte dos outros* ($r_{s(71)} = .32, p \leq .01$) e com as facetas do *mindfulness agir com consciência* ($r_{s(71)} = -.30, p \leq .01$), *observar* ($r_{s(71)} = .30, p \leq .01$) e *não julgar* ($r_{s(71)} = -.31, p \leq .01$). Por fim, as *funções intrapessoais* relacionam-se significativamente com a *autocompaixão* ($r_{s(71)} = -.31, p \leq .01$), na direção esperada e com uma magnitude baixa.

Tabela 6

Correlações de Spearman entre as funções interpessoais e intrapessoais com variáveis de ranking social, impulsividade, dissociação, psicopatologia, autocompaixão, mindfulness e medo da compaixão

Variáveis	Funções interpessoais	Funções intrapessoais
BIS	.39**	
EADS42 ansiedade	.27*	.25*
EADS42 depressão	.40**	
DESII	.41**	.35**
SDS autoconceito geral		.46**
SDS comportamento		.45**
SDS total		.42**
ELES ameaça percebida		.24*
ELES submissão		.30*
ESS carácter		.36**
ESS comportamento		.30*
ESS corpo		.28*
FCS por parte dos outros		.32**
FFMQ agir com consciência	-.35**	-.30**
FFMQ observar		.30**
FFMQ não julgar	-.31**	-.31**
FSCRS eu detestado		.41**
FSCRS eu inadequado	.24*	.41**
FSCRS eu tranquilizador		-.29*
SELFCS		-.31**
TAS20 identificar e distinguir sentimentos		.27*
Funções interpessoais (fator 1)		.48**
Funções intrapessoais (fator 2)	.48**	

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; EADS42 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; DESII = Escala de Dissociação; SDS = Escala de Autoaversão; ELES = Escala de Experiências Precoces de Vida; ESS = Escala de Experiências de Vergonha; FCS = Escala do Medo da Compaixão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; SELFCS = Escala de Autocompaixão; TAS20 = Escala de Alexitimia de Toronto – 20 Itens

Regressões múltiplas

O objetivo deste estudo é avaliar a influência das variáveis em estudo nas funções intrapessoais e interpessoais inerentes ao autodano não suicidário. Os pressupostos para a mencionada análise estatística foram testados e assegurados no presente estudo. Uma vez que a amostra é composta apenas por 73 indivíduos optou-se por avaliar as variáveis preditoras das funções interpessoais e intrapessoais, através da realização de diversas regressões, cada uma contendo não mais de seis preditores.

Influência das treze funções do autodano como variáveis preditoras do autodano não suicidário

Com este estudo, pretendeu-se averiguar a contribuição relativa das treze funções do autodano na variabilidade do ADNS. Para o efeito, selecionaram-se os participantes que manifestaram comportamentos de autodano não suicidários nos últimos dois anos, através da diferença entre a idade atual e a idade de autolesão mais recente, que corresponde a 68.49% da amostra supramencionada (50 participantes), com o intuito de controlar o efeito das respostas dos participantes terem sido dadas com base em memórias temporalmente muito distantes (mais de dois anos). O modelo de regressão obtido mostrou-se significativo ($F_{(13,36)} = 3.18$; $p \leq .01$; $R^2 = .53$) explicando 53% da variância do autodano não suicidário. Uma análise mais detalhada, revela que a função de *antissuicídio* constitui o preditor mais robusto ($\beta = .73$; $p \leq .01$), seguido da função *procura de sensações* ($\beta = .52$; $p \leq .01$) e da função *vingança* ($\beta = -.45$; $p = .011$) (cf. Tabela 7) na explicação da variância única do ADNS.

Tabela 7

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com as 13 funções do autodano (variáveis independentes), a prever o autodano não suicidário (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.73	.53	.37	3.18	.003			
Preditores								
Antidissociação						-.37	-1.53	.134
Antissuicídio						.73	3.97	.000
Autocuidado						.24	1.04	.306
Autonomia						.09	.52	.608
Autopunição						.23	1.41	.168
Criação de laços em pares						-.15	-.97	.340
Influência interpessoal						-.02	-.12	.907
Limites interpessoais						-.22	-1.54	.133
Marcação da angústia						-.10	-.44	.665
Procura de sensações						.522	3.82	.001
Regulação afetiva						.023	.16	.875
Resistência						-.410	-1.82	.077
Vingança						-.450	-2.69	.011

Funções interpessoais

Influência da impulsividade, dissociação, afeto positivo e afeto negativo nas funções interpessoais do ADNS

A análise de regressão múltipla produziu um modelo significativo ($F_{(4,68)} = 6.57$; $p \leq .01$; $R^2 = .28$), explicando 28% da variabilidade da *função interpessoal*. A *impulsividade* mostrou-se o único preditor significativo da função relatada ($\beta = .32$; $p = .015$) (cf. Tabela 8).

Tabela 8

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com a impulsividade, a dissociação e as formas de afeto (variáveis independentes), a prever as funções interpessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.53	.28	.24	6.57	.000			
Preditores								
BIS						.32	2.50	.015
DESII						.27	1.94	.057
PANAS afeto positivo						.05	.47	.643
PANAS afeto negativo						-.00	-.03	.977

Nota. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; DESII = Escala de Dissociação; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo

Influência da impulsividade, dissociação, eu inadequado e afeto negativo nas funções interpessoais

Posteriormente, pretendeu-se perceber melhor a contribuição deste conjunto de variáveis com a entrada no modelo do autocriticismo, constructo marcadamente associado ao autodano (Castilho, 2011). Obteve-se um modelo significativo ($F_{(4,68)} = 6.66$; $p \leq .01$; $R^2 = .28$) que explica 28% da variância das *funções interpessoais*, com uma contribuição independente e significativa da *impulsividade*, melhor preditor global, ($\beta = .31$; $p = .017$) e da *dissociação* ($\beta = .27$; $p = .048$) (cf. Tabela 9).

Tabela 9

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com a impulsividade, a dissociação, o afeto negativo e o eu inadequado (variáveis independentes), a predizer as funções interpessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.53	.28	.24	6.66	.000			
Preditores								
BIS						.31	2.46	.017
DESII						.27	2.01	.048
FSCRS eu inadequado						.09	.71	.484
PANAS afeto negativo						-.06	-.42	.675

Nota. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; DESII = Escala de Dissociação; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo

Influência do mindfulness nas funções interpessoais

Os resultados mostraram a existência de um modelo significativo ($F_{(5,67)} = 2.83$; $p = .022$; $R^2 = .18$), notando-se que apenas a faceta do *mindfulness agir com consciência* contribuiu independentemente e significativamente para a compreensão da variância única do *funções interpessoais* ($\beta = -.33$; $p \leq .01$) (cf. Tabela 10).

Tabela 10

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com as cinco facetas do mindfulness (variáveis independentes), a prever as funções interpessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.42	.18	.11	2.83	.022			
Preditores								
FFMQ agir com consciência						-.33	-2.69	.009
FFMQ descrever						.10	.79	.434
FFMQ não julgar						-.18	-1.50	.139
FFMQ não reagir						-.13	-1.01	.317
FFMQ observar						.06	.47	.638

Nota. FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

Funções intrapessoais

Influência do ranking social nas funções intrapessoais

Recorreu-se a uma análise de regressão linear múltipla para explorar o papel das variáveis de *ranking* social (*eu inadequado*, *eu detestado* e as formas de *vergonha*) na predição das *funções intrapessoais*. O modelo obtido mostrou-se significativo ($F_{(5,67)} = 4.56$; $p \leq .01$; $R^2 = .25$), explicando 25% da variância do *outcome*, em que o *eu detestado* se revelou o único preditor ($\beta = .35$; $p = .025$) (cf. Tabela 11).

Tabela 11

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com as formas da vergonha e autocrítica (variáveis independentes), a prever as funções intrapessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.50	.25	.20	4.56	.001			
Preditores								
ESS carácter						.13	.67	.507
ESS comportamento						.04	.19	.847
ESS corpo						.12	.91	.365
FSCRS eu inadequado						-.04	-.24	.812
FSCRS detestado						.35	2.29	.025

Nota. ESS = Escala de Experiências de Vergonha; FSCRS = Escala das Formas de Autocrítica e de Autotranquilização

Influência das memórias emocionais de ameaça e subordinação, eu detestado, dissociação e afeto negativo nas funções intrapessoais

O modelo obtido mostrou-se significativo ($F_{(4,68)} = 6.63; p \leq .01; R^2 = .28$), explicando 28% da variância das *funções intrapessoais*. Uma análise mais detalhada revelou que o *eu detestado* e o *afeto negativo* predizem significativamente as *funções intrapessoais*, em que o *eu detestado* se apresenta como o preditor mais robusto ($\beta = .55; p \leq .01$), seguido do *afeto negativo* ($\beta = -.27; p = .040$) (cf. Tabela 12).

Tabela 12

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com a dissociação, o eu detestado, a submissão, o afeto negativo (variáveis independentes), a prever as funções intrapessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.53	.28	.24	6.63	.000			
Preditores								
DESII						.20	1.66	.101
ELES submissão						-.03	-.22	.828
FSCRS eu detestado						.55	3.95	.000
PANAS afeto negativo						-.27	-2.10	.040

Nota. DESII = Escala de Dissociação; ELES = Escala de Experiências Precoces de Vida; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; PANAS = Escala de Afeto Positivo e Negativo

Influência da autocompaixão e do mindfulness nas funções intrapessoais

A análise da Tabela 13 mostrou que o modelo obtido é significativo ($F_{(6,66)} = 2.70; p = .021; R^2 = .20$), em que só a faceta *observar* do *mindfulness* contribuiu de modo significativo e único para a variância das *funções intrapessoais* ($\beta = .28; p = .033$) (cf. Tabela 13).

Tabela 13

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com a autocompaixão e as facetas do mindfulness (variáveis independentes), a predizer as funções intrapessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.44	.20	.12	2.70	.021			
Preditores								
Autocompaixão						-.20	-1.59	.116
FFMQ agir com consciência						-.15	-1.27	.210
FFMQ descrever						.06	.47	.642
FFMQ não julgar						-.10	-.78	.439
FFMQ não reagir						-.06	-.45	.653
FFMQ observar						.28	2.18	.033

Nota. SELFCS = Escala de Autocompaixão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de Mindfulness

Influência do eu detestado, afeto negativo e o medo da compaixão na predição das funções intrapessoais

Da análise referida obteve-se um modelo significativo ($F_{(5,67)} = 6.11$; $p \leq .01$; $R^2 = .56$), que explica 56% da variância das *funções intrapessoais*, em que *eu detestado* e o *medo da compaixão por parte dos outros* predizem significativamente o *outcome*, com o *eu detestado* como o preditor mais expressivo ($\beta = .63$; $p \leq .01$), seguido do *medo da compaixão por parte dos outros* ($\beta = .36$; $p = .031$) (cf. Tabela 14).

Tabela 14

Análise de regressão múltipla (Método Enter) com as formas do medo da compaixão, o eu detestado e o afeto negativo (variáveis independentes), a predizer as funções intrapessoais (variável dependente) (N = 73)

	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Modelo global	.56	.31	.26	6.11	.000			
Preditores								
FCS em relação aos outros						-.14	-1.13	.262
FCS por parte dos outros						.36	2.20	.031
FCS para consigo mesmo						-.31	-1.78	.080
FSCRS eu detestado						.63	3.86	.000
PANAS afeto negativo						-.21	-1.62	.110

Nota. FCS = Escala do Medo da Compaixão; FSCRS = Escala das Formas de Autocriticismo e de Autotranquilização; PANAS = Escala do Afeto Positivo e Negativo

Discussão

A presente investigação teve como principal intuito a descrição e caracterização das propriedades psicométricas do Inventário de Afirmções sobre o Autodano (ISAS) de Klonsky e Glenn (2009), na medida em que este instrumento possibilita a avaliação do comportamento do autodano não suicidário e das funções associadas (Klonsky, 2007; Klonsky & Glenn, 2009).

Da amostra total recolhida ($N = 443$) para a execução deste estudo, 16.48% dos participantes revelaram autodano não suicidário. Esta frequência revelou-se menos elevada do que alguns estudos apontam (e.g., 30.8%; Klonsky & Glenn, 2009), mas foi de encontro ao reportado por outros autores (e.g., 17%; Whitlock, Eckenrode & Silverman, 2006).

No que concerne à caracterização da tipologia do ADNS, os dados mostram que estes comportamentos não têm apenas um modo de representação, podendo incluir atos como cortar, morder, queimar, gravar palavras ou desenhos na própria pele, beliscar, arrancar cabelo, arranhar severamente, esmurrar ou bater, interferir na cicatrização das feridas, esfregar a pele contra superfícies ásperas e/ou duras, espetar agulhas, engolir substâncias perigosas ou outros comportamentos, como por exemplo, o autoestrangulamento, dados que vão ao encontro do que a literatura tem demonstrado (Messer & Fremouw, 2008; Klonsky, 2009). A análise da frequência indicou que o comportamento mais assinalado foi o *beliscar-se*. Por sua vez, o ato de *cortar-se* é indicado, no presente estudo, como o segundo comportamento preferencial pela totalidade da amostra, mas sem grande distância do comportamento assinalado em primeiro lugar, e que foi o *interferir na cicatrização das feridas*. Uma explicação possível é o facto de se tratar de uma amostra não clínica com um N reduzido, e outra poderá ser pela facilidade deste ato ser executado (mais fácil de realizar pouco tempo após o impulso para o ato, menos de 1 hora) como indicado pelos participantes, em oposição ao *cortar-se*. Nos estudos anteriores, o ato de *cortar-se* é mencionado como sendo o mais

frequente (Briere & Gil, 1998; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006). Ao distinguir-se o comportamento de autodano preferencial entre géneros, encontra-se uma clara concordância com a investigação que tem vindo a ser desenvolvida (Andover, Primack, Gibb e Pepper, 2010), mostrando que a escolha preferencial por parte das mulheres nos comportamentos de autodano é o *cortar-se*. Todavia, não se observou o mesmo para os homens que identificaram *interferir na cicatrização das feridas* como o comportamento preferencial, não sendo o comportamento mais citado na literatura científica (Andover, Primack, Gibb & Pepper, 2010). Ainda na caracterização do ADNS, uma análise mais detalhada relativa às variáveis contextuais (avaliadas pelo ISAS) indicou que a idade média para iniciar o autodano foi de 13 anos, resultado que vai ao encontro de outros estudos desenvolvidos na área (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Messer & Fremouw, 2008; Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson & Prinstein, 2006), que apontam como idade de início os 13 ou 14 anos. Na presente amostra também se verificou que os indivíduos realizam este tipo de comportamentos mais frequentemente na adolescência, sendo que Briere e Gil (1998) relatam ter encontrado apenas 4% em adultos na população geral.

Como igualmente indicado na literatura (Gratz, 2001; Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Messer & Fremouw, 2008; Herpertz, Sass & Favazza, 1997), os comportamentos de autodano não suicidários são mais frequentemente executados quando o indivíduo se encontra sozinho, isto é, sem ninguém em redor, em que o período temporal de execução é menos de uma hora após o impulso de se autoagredir e com intenção para o fazer.

Relativamente, à caracterização da secção funcional do ISAS, pode-se comprovar que as 13 funções incluídas no inventário foram assinaladas, ainda que com diferentes percentagens, pelos participantes, o que vai de encontro ao estudo de Klonsky e Glenn (2009). Também se verifica que cada sujeito identifica mais do que uma razão para desencadear o seu comportamento autolesivo (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Lewis & Arbuthnott, 2012).

Como era expectável, a função de regulação afetiva foi a que revelou uma maior frequência, não só para a amostra global mas também para cada género, masculino e feminino (Gratz, 2007; Klonsky, 2009, 2011). Este resultado aponta, como a literatura tem demonstrado, que antes do autodano não suicidário, emoções como a raiva, a ansiedade e a frustração tendem a estar presentes, sendo que após o comportamento autolesivo são substituídas por estados afetivos positivos de baixa ativação como o alívio e a calma, indicando, esta função, que os atos de autodano são estratégias utilizadas para aliviar o afeto negativo intenso e esmagador ou a ativação afetiva aversiva (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Klonsky, 2007, 2009).

O presente estudo confirmou uma estrutura de dois fatores na secção funcional do *ISAS*, nomeadamente, as funções interpessoais e as funções intrapessoais, como no artigo original de Klonsky e Glenn (2009). No que diz respeito às funções interpessoais, nas quais temos oito funções (autocuidado, autonomia, criação de laços em pares, influência interpessoal, limites interpessoais, procura de sensações, resistência e vingança), que também podem ser designadas de funções sociais, os comportamentos não suicidários de autodano são reforçados socialmente (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009). Ao invés, as funções intrapessoais têm como reforço o autofocus, relacionando-se com a regulação afetiva ou com a forma de lidar com experiências emocionais negativas, sendo apenas cinco (antidissociação, antissuicídio, autopunição, marcação da angústia e regulação afetiva). As funções intrapessoais são as mais identificadas pelos participantes no presente estudo, na amostra total e em ambos os géneros, e na literatura (Gratz, 2007; Klonsky, 2007, 2009; Klonsky & Glenn, 2009).

Nas correlações dos dados contextuais do autodano e das funções, apenas se obteve uma associação significativa entre estar sozinho e as funções intrapessoais, o que nos sugere que isso se deve ao facto destas funções estarem associadas à relação do eu com o eu, sem terem qualquer função social (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009).

Através das correlações que se efetuaram de cada uma das funções com as variáveis de *ranking* social, obtiveram-se dados congruentes com a literatura atual. A relação significativa das funções interpessoais com apenas o eu inadequado, pode ser entendido pelo facto das razões para estas funções, que são conhecidas como sociais, poderem estar relacionadas com a ativação do sistema de ameaça-defesa quando o indivíduo tem sentimentos de inadequação do eu perante fracassos, erros e obstáculos (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004). Isto é, perante situações de fracasso e erro ter um sistema interno de avaliação focado em sentimentos de inadequação e inferioridade (eu inadequado) relaciona-se com a componente interpessoal do autodano, na medida em que o autocrítico ajuda no lidar com os outros, sendo mais seguro o sujeito dizer a si mesmo que é ele que é incompetente do que assumir que os outros são maus ou inadequados (Gilbert, 2000). Relativamente às funções intrapessoais, estas manifestaram-se correlacionadas significativamente com mais variáveis de *ranking* social (autoaversão, autocrítico, vergonha, ameaça percebida e submissão), uma vez que as funções referidas estão mais ligadas à regulação afetiva ou à forma de lidar com experiências emocionais negativas. Também se verifica que as funções intrapessoais se correlacionam negativa e significativamente com o eu tranquilizador, indicando que o indivíduo que possui competências do sistema afiliativo (bondade, empatia, tolerância) tem menos razões intrapessoais para realizar os comportamentos de autodano (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Gilbert, 2005).

No que concerne à correlação significativa mostrada das funções interpessoais com a impulsividade e a dissociação, pensasse que esteja relacionado com o desejo dos indivíduos ativarem cuidado, apoio e atenção por parte dos outros através destas funções, levando os indivíduos a serem mais impulsivos e a dissociarem mais (Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009; Gilbert, 2005). Quando às funções intrapessoais só se associam de forma significativa

com a dissociação, o que nos leva a considerar que seja pela tentativa dos indivíduos se distanciarem e não experienciarem o seu “mundo” interior (Klonsky & Muehlenkamp, 2007; Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012).

As funções interpessoais relacionam-se significativamente com o afeto negativo (depressão e ansiedade), pensando-se, mais uma vez, que esteja associado a tentativas falhadas de obter proteção e cuidado por parte dos outros, levando a maior sintomatologia depressiva e ansiosa (Klonsky, 2009; Gilbert, 2005). No caso das correlações significativas entre as funções intrapessoais com a ansiedade e as dificuldades na capacidade de processamento dos sentimentos e emoções tem-se em conta que a sintomatologia ansiosa e a componente referida da alexitimia estão mais relacionadas com o autodano que tem subjacente motivações intrapessoais, sendo esses dados compreensíveis dada a contribuição da alexitimia para a psicopatologia (Bagby, Parker & Taylor, 1994a).

As facetas do *mindfulness* agir com consciência e não julgar correlacionaram-se significativamente com as funções interpessoais, sugerindo que as mesmas poderão desempenhar um papel protetor para a ocorrência de comportamentos de autodano, por razões de natureza interpessoal (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). A autocompaixão e as facetas de *mindfulness* agir com consciência e não julgar correlacionadas significativamente e no sentido negativo com as funções intrapessoais, salientam o facto de o autocriticismo e a vergonha serem razões para as funções referidas, já que não são reveladas competências que ativem o sistema afiliativo, mas sim o de ameaça-defesa (Gilbert, 1989, 2000). Assim as duas facetas do *mindfulness* associam-se a menos razões intrapessoais, o que vai de encontro à literatura referente ao *mindfulness* e, sobretudo, à evidência de que a competência não julgar desempenha um papel protetor da psicopatologia (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

Mais ainda, em relação ao medo da compaixão pelos outros, a associação significativa com funções intrapessoais sugere que os indivíduos com mais ADNS por razões intrapessoais

manifestam mais medo da proximidade com os outros, não se sentindo confortáveis quando são cuidados pelos outros. Estes dados corroboram de certa forma a literatura que aponta que indivíduos com perturbação *borderline* da personalidade não se sentem seguros na relação com os outros fruto de padrões vinculativos invalidantes e desorganizados (Linehan, 1993; Gilbert, 2005).

Por fim, a componente observar do *mindfulness* tem uma associação significativa com as funções intrapessoais no sentido positivo, o que sugere que uma maior capacidade de observação (notar) a sua experiência interna, está relacionada com as motivações intrapessoais (e.g., regulação afetiva), dados estes que vão ao encontro de outros estudos que encontraram o mesmo padrão (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011).

De seguida foram efetuadas regressões múltiplas com o objetivo de analisar a influência das treze funções dos comportamentos de autodano não suicidário na predição dos referidos comportamentos. Os resultados obtidos não corroboram o que a maioria da literatura aponta. Ou seja, no presente estudo, os melhores preditores do ADNS são as funções de antissuicídio, procura de sensações e vingança. Para a função de antissuicídio, recorda-se que o ser humano, entre os outros seres vivos, está programado com um suporte inato para a sobrevivência e adaptação ao longo da sua existência, o que pode levar o indivíduo a realizar comportamentos de autodano não suicidários para evitar o impulso de se matar e/ou pensamentos que o identifiquem isso como opção (Nock, 2010). Quanto às funções de procura de sensações e vingança, aponta-se que esteja associado com a competição social, cada vez mais frequente nas sociedades ocidentais, o que acaba por levar os sujeitos a envolverem-se no autodano (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009), quando está associado à presença da função procura de sensações e à ausência da função vingança. Consideramos que a associação no sentido negativo da função vingança com o autodano, se deva ao facto de os indivíduos

guardarem e orientarem os seus “recursos” para aplicarem a sua vingança no outro, em vez de se autolesionarem.

As restantes regressões conduzidas tiveram como objetivo testar a influência das variáveis em estudo nas funções interpessoais e intrapessoais referentes ao autodano. Pelo facto da amostra ser pequena, as regressões foram feitas por conjuntos agrupados de variáveis predictoras para assim ser possível realizar as análises. Pela extensão dos dados e pela sua importância optou-se por apresentar uma síntese integrativa dos mesmos. Desta forma, os resultados mostraram que as funções interpessoais têm como variáveis predictoras a impulsividade, a dissociação e a faceta do *mindfulness* agir com consciência. Isto sugere que os indivíduos que têm na base do autodano uma função interpessoal procuram a atenção, o apoio e o cuidado da parte dos outros, ativando o sistema de ameaça-defesa, levando-os a serem mais impulsivos e a terem mais experiências dissociativas, em que os sujeitos se distanciam e não experienciam o seu “mundo” interior (Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996; Gilbert, 1989, 2000; Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012). Relativamente à faceta *mindfulness* agir com consciência, verifica-se ser uma variável preditora no sentido negativo, considerando-se que isso se deva ao facto de esta faceta desempenhar um papel protetor quanto à realização de comportamentos de autodano não suicidários (Gregório & Pinto-Gouveia, 2011). Em último, as funções intrapessoais têm como predictoras identificadas o eu detestado, o afeto negativo, a componente do *mindfulness* observar e o medo da compaixão por parte dos outros. Assim sendo, considera-se que a relação com o eu, assente num relacionamento plenamente aversivo e tóxico, juntamente com o foco nas experiências internas do eu e com as dificuldades no relacionamento com o outro, no que concerne a receber carinho, apoio e cuidado da parte dos outros, predizem as funções relacionadas com a regulação afetiva ou com a forma de lidar com experiências emocionais

negativas, isto é, as funções intrapessoais (Gilbert, 1989, 2000; Klonsky, 2009; Klonsky & Glenn, 2009; Gregório & Pinto-Gouveia, 2011; Gilbert, McEwan, Matos & Rivas, 2011)

Em suma, os comportamentos de autodano não suicidário têm na sua base funções interpessoais e intrapessoais e são mantidos por certos processos de regulação emocional.

Conclusão

O estudo desenvolvido constituiu um esforço de caracterização da natureza, tipologia e das funções do autodano não suicidário, enfatizando a importância de integrar estes comportamentos numa abordagem funcional, como alguns autores sugerem (Klonsky & Glenn, 2009). Os resultados obtidos das funções interpessoais e intrapessoais com o autodano e as variáveis de *ranking* social, impulsividade, dissociação, alexitimia, psicopatologia, medo da compaixão, *mindfulness* e autocompaixão foram novos, não tendo ainda sido abordado na literatura, da forma exaustiva como se realizou nesta investigação.

Por fim, consideramos que a frequência dos comportamentos de autodano não suicidários pode reduzir se os indivíduos diminuïrem as suas experiências dissociativas, a sua impulsividade e se aumentarem as suas competências de agir com consciência, no caso destes comportamentos estarem associados às funções interpessoais. Se os comportamentos de autodano estiverem relacionados às funções intrapessoais, estes atos diminuem com a redução do afeto negativo, do medo da compaixão por parte dos outros, com menos capacidades de observação da sua experiência interna e de uma visão do eu que não seja como sendo aversivo e tóxico. De acrescentar que a autopreservação do indivíduo assim como os contextos sociais em que se insere também podem relacionar-se com a frequência do autodano.

Este estudo revela-se fundamental para a compreensão da fenomenologia do ADNS e para a prática clínica.

Limitações e futuras investigações

O estudo apresenta como limitações a amostra reduzida, com diferenças entre género acentuadas e uma restrita faixa etária. O facto da bateria de instrumentos psicométricos ser muito longa e de formato de autorresposta, também é uma desvantagem, já que conduz ao efeito de *carry over*. De ter em conta que o preenchimento das medidas por parte dos participantes foi com base na sua memória, o que por sua vez produz efeitos residuais. Em último, considerar a existência de falsos negativos, isto é, dados que são pontuados como negativos devido a efeitos residuais ou variáveis parasitas, mas que são positivos (e.g., amostra reduzida), gerando problemas de enviesamento.

Estudos futuros devem englobar o alargamento da amostra, tentando igualar os participantes em função do género. Seria uma mais valia recolher e estudar o constructo em amostras clínicas, nomeadamente, em quadros clínicos que apresentam comportamentos de autodano. A utilização de outra metodologia para avaliar o autodano e que seria a construção de uma entrevista sobre os ADNS, com especial ênfase para a patoplastia do autodano. Acresce referir a inclusão de certas questões de conveniência - critério de proximidade temporal, por exemplo, na execução do autodano e o preenchimento das medidas em contexto de consulta.

Referências Bibliográficas

- Adrian, M., Zeman, J., Erdley, C., Lisa, L., & Sim, L. (2011). Emotion Dysregulation and Interpersonal Difficulties as Risk Factors for Nonsuicidal Self-Injury in Adolescent Girls. *Journal Abnormal Child Psychology*, 39, 389-400. doi: 10.1007/s10802-010-9465-3.
- American Psychiatric Association (APA; 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*. (5ªed). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Andover, M. S., Primack, J. M., Gibb, B. E., & Pepper, C. M. (2010). An Examination of Non-Suicidal Self-Injury in Men: Do Men Differ From Women in Basic NSSI Characteristics? *Archives of Suicide Research*, 14, 79-88. doi: 10.1080/13811110903479086.
- Andrews, B., Qian, M., & Valentine, J. D. (2002). Predicting depressive symptoms with a new measure of shame: The Experience of Shame Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 29-42. doi: 10.1348/014466502163778.
- Baer, R., Smith, G., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using Self-Report Assessment Methods to Explore Facets of Mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45. doi: 10.1177/1073191105283504.
- Bagby R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994b). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminante, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 33-40. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994a). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90006-X.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620. doi: 10.1037/h0080369.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, VI(1), 16-27.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011a). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.

- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011b). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS) e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *Psychologica*, 54, 63-86.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005.
- Duffy, D. F. (2006). Self-injury. *Psychiatry*, 5(8), 263-265. doi: 10.1053/j.mppsy.2006.05.003.
- Duffy, D. F. (2009). Self-injury. *Psychiatry*, 8(7), 237-240. doi: 10.1016/j.mppsy.2009.04.006.
- Franklin, J. G., Aaron, R. V., Arthur, M. S., Shorkey, S. P., & Prinstein, M. J. (2012). Nonsuicidal self-injury and diminished pain perception: the role of emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 691-700. doi: 10.1016/j.comppsy.2011.11.088.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. L. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da *Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2(XXIII), 219-227.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal ‘social’ conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds), *Genes on the Couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. New York: Routledge.

- Gilbert, P., Cheung, M. S.-P., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood: Development of a New Scale and its Relationship with Depression, Social Comparison and Shame. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 108-115. doi: 10.1002/cpp.359.
- Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V., & Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: An exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31-50. doi: 10.1348/014466504772812959.
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 123-136. doi: 10.1348/147608308X379806.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivas, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. doi: 10.1348/147608310X526511.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivas, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. doi: 10.1348/147608310X526511.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). Prospective Prediction of Nonsuicidal Self-Injury: A 1-Year Longitudinal Study in Young Adults. *Behavior Therapy*, 42, 751-762. doi: 10.1016/j.beth.2011.04.005.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263. doi: 10.1023/A:1012779403943.

- Gratz, K. L. (2003). Risk Factors for and Functions of Deliberate Self-Harm: An Empirical and Conceptual Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205. doi: 10.1093/clipsy/bpg022.
- Gratz, K. L. (2006). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi: 10.1037/0002-9432.72.1.128.
- Gregório, S., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Facetas de *mindfulness*: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451-465. doi: 10.1016/S0022-3956(97)00004-6.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Klonsky, E. D. (2009). The functions of self-injury in young adults who cut themselves: Clarifying the evidence for affect-regulation. *Psychiatry Research*, 166(2-3), 260-268. doi: 10.1016/j.psychres.2008.02.008.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986. doi: 10.1017/S003329170002497.
- Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). Assessing the Functions of Non-suicidal Self-injury: Psychometric Properties of Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal*

- Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31, 215-219. doi: 10.1007/s10862-008-9107-z.
- Klonsky, E. D., & Muehlenkamp, J. J. (2007). Self-Injury: A Research Review for the Practitioner. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1045-1056. doi: 10.1002/jclp.20412.
- Klonsky, E. D., & Olino, T. M. (2008). Identifying Clinically Distinct Subgroups of Self-Injurers Among Young Adults: A Latent Class Analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(1), 22-27. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.22.
- Latzman, R. D., Gratz, K. L., Young, J., Heiden, L. J., Damon, J. D., & Hight, T. L. (2010). Self-Injury Thoughts and Behaviors Among Youth in an Underserved Area of the Southern United States: Exploring the Moderating Roles of Gender, Racial/Ethnic Background, and School-Level. *Journal Youth Adolescence*, 39, 270-280. doi: 10.1007/s10964-009-9462-4.
- Lewis, S. P., & Arbuthnott, A. E. (2012). Nonsuicidal Self-Injury: Characteristics, Functions, and Strategies. *Journal of College Student Psychotherapy*, 26, 185-200. doi: 10.1080/87568225.2012.685853.
- Lopes, B. C. S. (2010). *Paranóia e Ansiedade Social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?* (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

- Matos, M., Dinis, A., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Estudo das propriedades psicométricas da Dissociative Experiences Scale-Revised. *Manuscrito em preparação*.
- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.006.
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1018/15298860390129863.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250. doi:10.1080/1529886039020935.
- Nock, M. K. (2010). Self-Injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research*, 144, 65-72. doi: 10.1016/j.psychres.2006.05.010.
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L., & Simpson, J. (2008). Self-Disgust Mediates the Relationship Between Dysfunctional Cognitions and Depressive Symptomatology. *Emotion*, 8(3), 379-385. doi: 10.1037/1528-3542.8.3.379.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., & Bagby, R. M. (2003). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale III. Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 269-275. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00578-0.

- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1.
- Prazeres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica (RIDEP)*, 9(1), 9-21.
- Rallis, B., Deming, C., Glenn, J., & Nock, M. (2012). What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 26(4), 287-298. doi: 10.1891/0889-8391.26.4.287.
- Simões, D. S. C. (2012). *Medo da Compaixão: estudo das propriedades psicométricas da Fears of Compassion Scales (FCS) e da sua relação com medidas de Vergonha, Compaixão e Psicopatologia*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Simpson, C. (2001). *Self-Mutilation*. Greensboro: ERIC Digests.
- Suyemoto, K. L. (1998). The Functions of Self-Mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18(5), 531-554. doi: 10.1016/S0272-7358(97)00105-0.
- Tantam, D., & Whittaker, J. (1992). Personality Disorder and Self-wounding. *British Journal of Psychiatry*, 161, 451-464. doi: 10.1192/bjp.161.4.451.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scale. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 1063-1070. doi: 10.1037/0022-3514.54.6.1063.
- Weinberg, A., & Klonsky, E. D. (2012). The effects of self-injury on acute negative arousal: A laboratory simulation. *Motivation and Emotion*, 36, 242-254. doi: 10.1007/s11031-011-9233-x.

- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious behaviors in a college population. *Pediatrics*, 117, 1939-1948.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Eckenrode, J., Purington, A., Abrams, G. B., Barreira, P., & Kress, V. (2013). Nonsuicidal Self-Injury as a Gateway to Suicide in Young Adults. *Journal of Adolescent Health*, 52, 486-492. Doi: 10.1016/j.jadohealth.2012.09.010.
- Wilkinson, P. (2013). Non-suicidal self-injury. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 22(1), S75-S79. doi: 10.1007/s00787-012-0365-7.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström, Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and Function of Non-Suicidal Self-Injury (NSSI) in a Community Sample of Adolescents, Using Suggested DSM-5 Criteria for a Potential NSSI Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41, 759-773. doi: 10.1007/s10802-013-9712-5.

Artigo II

Bártolo, C. M., & Castilho, P. (2014). Autodano na adultez: Preditores do Afeto Negativo.

Manuscrito em preparação.

Autodano na adultez: Preditores do Afeto Negativo

Cátia Margarida Bártolo²

Paula Castilho¹

¹Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental

² Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Para estabelecer contacto referente a este artigo deverá comunicar com:

Cátia Margarida Bártolo

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: catia_bartolo@msn.com

Resumo

O ser humano evoluiu com um sentido inato de autopreservação, de forma a garantir a sua sobrevivência e adaptação ao meio ambiente no qual se insere (Nock, 2010). Assim, os sujeitos têm potenciais inatos para diversas emoções negativas e positivas, sendo o afeto negativo um exemplo ilustrativo, nomeadamente, a depressão e a ansiedade (Gilbert, 2001). Atualmente, a investigação científica aponta que existe um risco mais elevado de desenvolvimento de quadros psicopatológicos em contextos sociais de competitividade, mais autocríticos, que se baseiam em rotinas de comparação social e de *ranking*, do que em sociedades mais afiliativas, promotoras de atitudes compassivas e tolerantes sustentadas na prestação de cuidados (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009). Nestes contextos sociais, o autodano constitui uma estratégia falhada de regular o afeto negativo (depressão, ansiedade e vergonha), associando-se a enormes custos pessoais e sociais (Linehan, 1993; Chapman, Gratz & Brown, 2006; Brown, Linehan, Comtois, Murray & Chapman, 2009).

Este estudo teve como objetivo, numa amostra de conveniência com 73 jovens adultos com comportamentos de autodano não suicidários, analisar a capacidade preditiva da impulsividade, dissociação, autocompaixão e medo da compaixão na depressão e ansiedade. Os resultados indicaram que, controlando o efeito da ansiedade, o humor depressivo tem como preditores significativos a ansiedade, o medo da compaixão por parte dos outros e a autocompaixão; e que para a ansiedade, controlando o efeito da depressão, os preditores significativos foram os sintomas depressivos e a dissociação. Em síntese, parece que a presença de afeto negativo ligado ao medo da compaixão, autocompaixão e dissociação são preditores chave para a psicopatologia depressiva e ansiosa em jovens que revelam autodano.

Palavras-Chave: autodano, afeto negativo, autocompaixão, medo da compaixão, psicopatologia

Abstract

The human being has evolved an innate sense of self-preservation, in order to guarantee its survival and adaptation to environment (Nock, 2010). Thus, individuals have innate potentials to several negative and positive emotions, being negative affect a paramount example, namely in depression and anxiety (Gilbert, 2001). Research has pointed out to the existence of a higher risk for developing psychopathology in self-critical and competitive social contexts, based on social comparison and ranking routines, when compared to more affiliative societies, in which compassionate and tolerant attitudes is built on caregiving (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009). In self-critical social contexts, self-harm can be conceptualized as a failed affect regulation strategy (e.g., depression, anxiety and shame), with great personal and social costs (Linehan, 1993; Chapman, Gratz & Brown, 2006; Brown, Linehan, Comtois, Murray & Chapman, 2009).

The present study had the main purpose of analyzing the predictive power of impulsivity, dissociation, self-compassion and fear of compassion in depression and anxiety, in a sample composed by 73 non-suicidal self-injurers. Results showed that, when controlling for anxiety, depressive symptoms is significantly predicted by anxiety, fear of compassion from others and self-compassion. Results also showed that, when controlling depression symptoms, anxiety is significantly predicted both by depression symptomatology and dissociative behaviours. In sum, our results seem to suggest that the presence of negative affect, associated with fear of compassion, self-compassion and dissociation are key predictors of depressive and anxiety psychopathology in young adults who exhibit self-injury.

Key-Words: fear of compassion, negative affect, psychopathology, self-injury, self-compassion

Introdução

A necessidade de ter um sentimento de pertença e de aceitação por parte dos outros é uma necessidade básica do ser humano, que se relaciona com o apego a outras pessoas, a fazer parte de grupos, a ganhar um estatuto social e a encontrar parceiros sexuais (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009). O nosso cérebro está desenhado para responder a sinais negativos, como a rejeição, a crítica, a ameaça ou o abuso, aumentando o stress e, no caso do indivíduo se ver impossibilitado de se defender, reduz os produtos químicos do humor, como mecanismo de defesa. Em oposição, quando o sujeito recebe sinais de aprovação, de valorização, de apoio e de ser amado e querido, o cérebro responde reduzindo as hormonas de stress e aumentando os produtos químicos do humor (Gilbert, 2001). Em suma, o indivíduo ao encarar os outros como rejeitantes e hostis, e ao processar o mundo como ameaçador e inseguro (ao invés de experienciar os outros, como carinhosos, “fornecedores” de aceitação e apoio), como consequência emergem um conjunto de potenciais defesas, como o afeto negativo (sintomas depressivos e ansiosos) (Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009), o evitamento e a submissão (Gilbert, 2000).

A Depressão não se trata de fraqueza humana, nem depende de estatuto ou fortuna. Todas as pessoas têm, em maior ou menor grau, potencial para deprimirem, da mesma forma, que têm potencial para se apaixonarem, ficarem ansiosas ou se lamentarem (Gilbert, 2001).

Não só a maneira como a pessoa se sente é afetada na depressão, mas também os seus níveis de energia, o modo como pensa sobre as coisas, a sua motivação, o seu comportamento, a sua fisiologia, o seu sono, a sua concentração, as suas relações sociais e o seu interesse pela atividade sexual são afetados. No entanto, pode não se verificar a alteração de todas as componentes mencionadas na resposta depressiva e deve ter-se em conta que mediante a pessoa, cada componente será mais ou menos afetada (Gilbert, 2001).

A depressão é um estado de mente que está relacionado com processos biológicos, sendo que o estado físico do cérebro é diferente quando o sujeito está deprimido de quando não está (Gilbert, 2001; Gilbert, 1989; Gilbert, 2007). O mesmo autor considera que alguns aspectos da depressão têm uma base inata para todos os seres humanos. O modelo evolucionário postula que os seres humanos podem experimentar vários estados de mente dolorosos, uma vez que têm potenciais inatos para alterar esses estados. Dito de outra forma, o ser humano pode ter potenciais inatos para muitas emoções negativas e positivas, porém não pode nunca ativá-las completamente, ou seja, é necessário experimentar certos estados de mente, para além de os pensar cognitivamente (Gilbert, 2001).

A função adaptativa que se atribui à depressão consiste em ajudar as pessoas a desistir das aspirações que não são suscetíveis de atingir, já que o humor deprimido diminui o prazer que advém de certas coisas, o que faz com que haja mais propensão para haver um afastamento dessas mesmas coisas. Deste modo, o humor negativo funciona como um sinal interno, que leva o ser humano a desistir de perseguir o inalcançável, poupando energia e tempo. Contudo, a severidade do humor negativo ou da depressão pode depender da capacidade do ser humano para aceitar desistir e entrar em concordância com a sua perda, ou continuar a perseguir o inalcançável e a falhar (Gilbert, 2001). Os estados depressivos mais severos e invalidantes estão relacionados com o suicídio (Carvalho, Pinto-Gouveia, Pimentel, Maia, Gilbert & Mota-Pereira, 2013), em que este por sua vez tem como uma das suas dimensões a impulsividade (Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard & Hardy, 2003). A impulsividade relaciona-se em grande parte com pensamentos e comportamentos suicidas (Keilp, Gorlyn, Oquendo, Brodsky, Ellis, Stanley & Mann, 2006; Klonsky & May, 2010), sendo que se considera que a elevada impulsividade incrementa as possibilidades dos sujeitos com ideação suicida agirem de acordo com os seus pensamentos suicidas, e poderem fazer uma tentativa de suicídio (Klonsky & May, 2010). Conceptualiza-se a impulsividade como

um traço de personalidade, definido como espontâneo/automático, com mau planeamento ou com comportamentos inadequados situacionais que podem ou não incluir atos agressivos (Evender, 1999 cit *in* Keilp, Gorlyn, Oquendo, Brodsky, Ellis, Stanley & Mann, 2006). Nos estudos da impulsividade no suicídio, diferenciam-se as tentativas planeadas das tentativas impulsivas, onde se verifica uma maior impulsividade com o segundo grupo (Klonsky & May, 2010). Whiteside e Lynam (2001) identificam 4 fatores para a impulsividade: urgência, que avalia a tendência de um sujeito ceder a impulsos fortes quando enfrenta emoções negativas intensas; falta de perseverança, que se baseia na capacidade de um indivíduo persistir em completar tarefas ou obrigações; falta de premeditação, que consiste na capacidade de um sujeito pensar nas possíveis consequências para a sua ação antes de agir; e procura de sensações, que avalia a preferência de um sujeito para a excitação e estimulação.

Segundo Corruble e os seus colegas (2003), na depressão severa, a impulsividade tem três dimensões: a perda do controlo comportamental, a ausência de planeamento e a impulsividade cognitiva. Os autores mencionados assumem que tentativas de suicídio em doentes depressivos são facilitadas pelos elevados níveis de impulsividade cognitiva e perda de controlo (Corruble, Benyamina, Bayle, Falissard & Hardy, 2003).

Gilbert (2001; Gilbert, 2005; Gilbert & Procter, 2006) defende que desenvolver uma atitude empática face à resposta depressiva, ser mais compreensivo consigo mesmo, perdoar-se e fornecer um maior suporte a si mesmo, principalmente, quando as coisas estão a correr mal, é o caminho para a diminuição do estado de humor negativo, e para uma boa saúde psicológica e de bem-estar, em termos genéricos.

Assim, perante situações de desapontamento pessoal ou de fracasso, pode-se desenvolver uma atitude compreensiva e tranquilizadora, reforçando as nossas capacidades e encorajando-nos diante de acontecimentos futuros (Neff, 2003a, b). Segundo a tradição budista, a compaixão assenta no desejo genuíno de aliviar a angústia e o sofrimento dos

outros e da própria pessoa, (Neff, 2003a, b; Barnard & Curry, 2011; Dalai Lama, 2001). No entanto, para facilitar a compreensão dos dois constructos ir-se-á falar de ambos separadamente. A Compaixão é um conceito que advém de tradições orientais, do budismo e da teologia cristã, consistindo na consciencialização do sofrimento dos outros, através de uma postura sensível, compreensiva e aberta, na procura ativa do alívio desse sofrimento, orientando-nos para um sentido de partilha da dor, de coexistência, de interdependência e de interconectividade. Assim sendo, em prol de apenas uma resposta emocional ao sofrimento dos outros, existe uma escolha consciente, racional e intencional que tem por intuito aliviar o sofrimento dos outros (Dalai Lama, 1995).

O suporte teórico e empírico relativo à compaixão indica que esta incrementa o bem-estar, possibilitando que as pessoas se sintam conectadas, cuidadas e emocionalmente calmas (Gilbert, 2005). Partindo de um modelo diferente, e com base na psicologia evolucionária, nas neurociências da emoção e na teoria das mentalidades sociais, Gilbert (2005) define a compaixão como a junção de pensamentos, emoções, motivações e comportamentos que levam ao sofrimento dos outros e de si mesmo, permitindo entender esse sofrimento sem julgamento e agir de forma a aliviá-lo ou atenuá-lo.

Gilbert (2005) menciona que os sujeitos necessitam de um conjunto de componentes que devem atuar de modo interligado e sintónico para que emergja um estado da mente compassivo. Essas componentes são: a empatia, ligada com apetências intuitivas e cognitivas para compreender a fonte de desconforto e o que é possível realizar para ajudar aquele que está em sofrimento e perturbado; a sensibilidade e reconhecimento do desconforto, que é a capacidade de identificar e processar o sofrimento ao invés de o negar ou dissociar; a tolerância ao desconforto, que promove a capacidade de tolerar emoções dolorosas em vez de as tentar controlar ou evitar; a simpatia, ou seja, ser-se emocionalmente impulsionado pelo desconforto dos outros e dedicar atenção ao que se pode efetuar para atenuar esse desconforto

ou incrementar o bem-estar; uma faceta motivacional relacionada com o desejo de cuidar do bem-estar do outro; e a ausência de julgamento, que implica não ser crítico diante da situação em que se encontra, não condenar nem conjecturar acerca dessa mesma situação (Gilbert, 2005). Estas componentes aparentam estar integradas no sistema motivacional de vinculação e afiliação, sendo que perante conflitos de diversa natureza este sistema “fecha”, ficando ativo o sistema de ameaça-defesa, que recupera memórias emocionais que desencadeiam sentimentos que dificultam o aparecimento de atitudes e emoções compassivas em relação aos outros e em relação a si mesmo, assim como, tornam difícil experienciar essas atitudes e emoções vindas da parte dos outros (Gilbert, 2005, 2010).

A compaixão pode dirigir-se aos outros ou ao eu, e designa-se de autocompaixão. De acordo com Neff (2003a, b), a autocompaixão assenta no pressuposto de que a pessoa deve estar aberta, atenta e sensível ao seu próprio sofrimento, quando este aparece em acontecimentos de fracasso, adversidades ou falhas, não o evitando e criando o desejo de o aliviar e de recuperar o bem-estar, com gentileza, bondade e cuidado para consigo mesmo (Neff, 2003a, b). A autocompaixão é relevante para todas as experiências pessoais de sofrimento, incluindo os acontecimentos de vida negativos, de fracasso, e/ou dolorosos (Neff & Germer, 2012). Para Neff (2003) o constructo assenta em três parâmetros basilares que envolvem aspetos independentes e antagónicos: a bondade/calor *versus* a autocrítica/autojulgamento, que reflete uma atitude de carinho e tranquilização dirigida ao eu face a situações difíceis, ao contrário de se punirem e autocriticarem; a condição humana *versus* o isolamento, que pressupõe que os sujeitos entendem a sua própria experiência de sofrimento, as imperfeições e falhas, como parte da condição humana e comum a todas as pessoas, ao contrário de as entenderem como situações isoladas que somente acontecem a si; e o *mindfulness* *versus* a sobre-identificação, que implica um estado mental equilibrado e consciente, preparando os sujeitos a estarem presentes no momento, a observarem as facetas

que lhes desagradam e a viver as experiências internas desejadas com abertura e curiosidade, compreendendo-as como apenas experiências análogas a tantas outras, em oposição a suprimirem as emoções, ou seja, dissociarem da experiência, ou então, a exagerarem na sua vivência, magnificando o significado das falhas, e também, a incorrem em ruminções (Neff, 2003a, b; Barnard & Curry, 2011).

Em suma, a compaixão, seja para com os outros ou para com o próprio sujeito, parece integrar necessariamente os três parâmetros, especificamente: ser tocado pelo sofrimento, não evitar e estar consciente da dor, e ter um sentimento de conexão ou um desejo de aliviar o sofrimento (Barnard & Curry, 2011).

A investigação em redor da compaixão e da autocompaixão tem demonstrado que estas medidas são sinónimas (Neff, 2003a, b; MacBeth & Gumley, 2012), com importantes contributos para a resiliência e bem-estar (MacBeth & Gumley, 2012). Por sua vez, o medo da compaixão por parte dos outros, em relação aos outros e para consigo mesmo está intimamente ligado à compaixão e à autocompaixão. A compaixão pode, em algumas pessoas, levar a reações de medo ou ao evitamento, já que emoções afiliativas, ainda que sejam positivas, podem ser condicionadas e associadas a componentes aversivas ou a memórias emocionais negativas. A ativação destas dificuldades pode sustentar o medo da compaixão e ser uma barreira à recuperação, em especial para indivíduos com elevado autocrítico e vergonha (Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011). Deste modo, existem sujeitos que sentem dificuldades em ter atitudes carinhosas consigo e em serem autocompassivos, assim como, têm dificuldades em demonstrar ou receber compaixão por parte dos outros, sendo estas dificuldades designadas por medo da compaixão e da autocompaixão. Os estudos têm revelado que algumas pessoas têm dificuldade ou receio em desenvolver este tipo de sentimentos e competências (Gilbert, 2009). Isto indica que não só é importante ter-se em consideração a ausência de compaixão, como também é crucial explorar a presença do medo

da compaixão. A investigação desenvolvida sobre o medo da compaixão tem revelado a existência de uma relação significativa com a psicopatologia, apresentando um contributo robusto no humor (depressão e ansiedade) (Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011).

Objetivos

Tendo em conta a revisão bibliográfica acima exposta, este estudo tem como objetivo principal investigar a contribuição e o papel preditivo da impulsividade, da dissociação, da autocompaixão e dos medos da compaixão para a psicopatologia, numa amostra de jovens adultos com autodano. Pretende-se compreender melhor o que está na base da depressão e ansiedade, nos indivíduos que manifestam comportamentos de autodano. Apesar da existência de inúmeros estudos acerca da relação entre autodano e dissociação e impulsividade (quer em amostras clínicas, quer em amostras não clínicas), continua por explorar o papel do medo da compaixão e da autocompaixão na variabilidade da depressão e ansiedade.

Mais especificamente, o estudo visa explorar a relação entre os sintomas depressivos e ansiosos, a impulsividade, as três formas do medo da compaixão, a autocompaixão e a dissociação. Hipotetizamos que os indivíduos mais impulsivos, e dissociados, com medos em relação à compaixão e menos autocompassivos tenham mais sintomas depressivos e ansiosos.

Metodologia

Participantes

Como referido no primeiro estudo, a amostra total ficou constituída por 73 participantes jovens adultos e estudantes universitários (16.48% da amostra global). A seleção da amostra teve em consideração o critério de exclusão, que indica que os participantes têm de assinalar comportamentos de autodano não suicidários, ou seja, preencher, pelo menos, uma das treze

opções do item 1 da secção I do *ISAS* com um valor superior a 0. Especificamente, a amostra é composta por 25 homens (34.2%) e 48 mulheres (65.8%), com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos ($M = 21.16$; $DP = 2.52$) e com 12 a 17 anos de escolaridade concluída ($M = 13.52$; $DP = 1.20$). Não foram constatadas diferenças estatisticamente significativas no género no que diz respeito à idade, $t_{(71)} = 1.88$, $p = .064$, nem aos anos de escolaridade, $t_{(71)} = 1.66$, $p = .102$, tendo-se adquirido uma semelhança entre homens e mulheres nestas duas variáveis sociodemográficas. Quanto ao estado civil, observou-se que esta variável é constante, o que indica que todos os participantes integram a categoria solteiro. Na Tabela 1 são apresentadas as características sociodemográficas da amostra de jovens adultos com comportamentos de autodano não suicidários.

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra com comportamentos de autodano (N = 73)

	Masculino (n = 25)		Feminino (n = 48)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	21.92	2.75	20.77	2.32	1.88	.064
Anos de escolaridade	13.84	1.34	13.35	1.10	1.66	.102
	n	%	n	%		
Estado civil						
Solteiro	25	34.2	48	65.8		

Instrumentos

Escala do Medo da Compaixão (FCS: Fears of Compassion Scales; Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M. & Rivis, A., 2010; tradução e adaptação portuguesa por Matos, M., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, C., 2014) são instrumentos de autorresposta e compreendem três escalas: o medo da compaixão para consigo mesmo com 15 itens, que consiste na compaixão que temos por nós mesmos quando fazemos erros ou quando as coisas não correm bem na nossa vida; o medo da compaixão por parte dos outros com 13 itens, que é a compaixão que vem a partir dos outros e que flui para o self; e o medo da compaixão em relação aos outros com 10 itens, que se baseia na compaixão que sentimos pelos outros, ligado com a nossa

sensibilidade aos pensamentos e sentimentos das outras pessoas, quando em sofrimento. Os itens são cotados numa escala de resposta tipo Likert de 5 pontos (0 – “discordo totalmente” a 4 – “concordo totalmente”). No estudo original, os valores de consistência interna para as subescalas da *FCS* foram: $\alpha = .92$ para a *FCS* para consigo mesmo, $\alpha = .85$ para a *FCS* por parte dos outros e $\alpha = .84$ para a *FCS* em relação aos outros, o que indica boa consistência interna (Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2010). Na versão portuguesa, os valores de consistência interna foram: $\alpha = .94$ para a *FCS* para consigo mesmo, $\alpha = .91$ para a *FCS* por parte dos outros e $\alpha = .88$ para a *FCS* em relação aos outros, o que indica boa consistência interna (Simões, 2012). Neste estudo, obtiveram-se boas consistências internas para as três subescalas (*FCS* para consigo mesmo: $\alpha = .94$; *FCS* por parte dos outros: $\alpha = .90$; e *FCS* em relação aos outros: $\alpha = .84$).

Escala de Dissociação (DESI: Dissociative Experiences Scale; Carlson, E. & Putnam, F., 1993; tradução e adaptação portuguesa por Dinis, A., Matos, M. & Pinto-Gouveia, J., 2008) é constituída por 28 itens e pretende avaliar a frequência com que o indivíduo vive experiências dissociativas, sendo enumerado um conjunto de situações em que o sujeito decide, dentro de uma escala de 0 a 100%, o grau em que a experiência nomeada na questão se aplica a si. Para a *DESI* é apontada uma boa consistência interna ($\alpha = .95$) (Frischholz et al. 1990, cit in Carlson & Putnam, 1993). Para a versão portuguesa da *DESI* é apresentado um valor elevado para a consistência interna ($\alpha = .93$) (Matos, Dinis & Pinto-Gouveia, manuscrito em preparação). No atual estudo também se obteve um valor elevado quanto à consistência interna ($\alpha = .94$).

Escala de Autocompaixão (SELFCS: Self-Compassion Scale; Neff, K., 2003b; versão portuguesa de Castilho, P., Pinto-Gouveia, J. & Duarte, J., 2014) é uma medida com 26 itens de autorresposta organizados em 6 subescalas que avaliam a autocompaixão e seus componentes, a saber: o calor/compreensão, a autocrítica, a condição, o isolamento, o

mindfulness e a sobre-identificação. Este instrumento tem um formato de resposta tipo Likert que varia entre “1 – quase nunca” e “5 – quase sempre”. Na versão original, a *SELFCS* revelou um nível muito bom de consistência interna para a escala total ($\alpha = .92$) (Neff, 2003a, b). No que concerne à versão portuguesa, foi encontrado um bom nível de consistência interna para a escala total do *SELFCS* (amostra não clínica: $\alpha = .94$; amostra clínica: $\alpha = .92$) (Castilho, Pinto-Gouveia & Duarte, 2014). No presente estudo, apenas se usou a escala total, com um valor de consistência interna muito bom ($\alpha = .92$).

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-42: Depression, Anxiety and Stress Scales; Lovibond, P. & Lovibond, S., 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, J., Honrado, A. & Leal, I., 2004) é constituída por 42 itens e tem como intenção avaliar sintomas emocionais negativos que correspondem a três dimensões: Depressão, Ansiedade e Stress, cada uma com 14 itens. Para cada item existem quatro possibilidades de resposta, expostas numa escala Likert (0 – “não se aplicou nada a mim” a 3 – “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”). Na versão original, a subescala de Depressão tem um *alpha* de Cronbach de .91, enquanto que o da subescala de Ansiedade é de .84 e a subescala de Stress é de .90, o que indica uma boa consistência interna (Lovibond & Lovibond, 1995). Na versão portuguesa também foi encontrada uma boa consistência interna para as subescalas (Depressão: $\alpha = .93$; Ansiedade: $\alpha = .83$; Stress: $\alpha = .88$) (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004). No presente estudo, os valores da consistência interna para a subescala de Depressão foi de $\alpha = .96$, para a subescala de Ansiedade foi de $\alpha = .93$ e para a subescala de Stress obteve-se um $\alpha = .94$.

Escala de Impulsividade de Barratt (BIS: Barratt Impulsiveness Scale; Patton, J., Stanford, M. & Barratt, E., 1995; tradução e adaptação portuguesa por Dinis, A. & Pinto-Gouveia, J., 2008) é um questionário de autorrelato com 30 itens, com o intuito de medir a impulsividade, sendo que quanto mais alto for o somatório de todos os itens, mais elevado será o nível de impulsividade. Os itens são cotados usando uma escala tipo Likert de quatro

pontos entre “1 – nunca/raramente” e “4 – quase sempre/sempre”, onde o valor mais elevado (“4”) indica a resposta mais impulsiva. No estudo original, a consistência interna revelou-se boa ($\alpha = .82$) (Patton, Stanford & Barratt, 1995). Nesta investigação obteve-se uma boa consistência interna ($\alpha = .81$) para a *BIS*.

Procedimento

A descrição referente ao *Procedimento metodológico* foi feita com detalhe no primeiro estudo desta dissertação, pelo que se optou pela não apresentação da mesma nesta secção.

Estratégia Analítica

O desenho deste estudo é de natureza transversal. Os procedimentos estatísticos foram efetuados com o *Software PASW (Predictive Analytics Software) Statistics* (versão 20; SPSS Inc, Chicado, IL, USA), com o qual se procedeu às seguintes análises estatísticas: testes *t de Student* com amostras independentes, correlações bivariadas não paramétricas (*rho* de *Spearman*) e regressões lineares múltiplas hierárquicas, por blocos (Método *Enter*).

O teste *t* de *Student* para amostras independentes foi efetuado com o intuito de se comparar a média amostral de dois grupos independentes nas variáveis em estudo, tendo-se realizado a análise dos pressupostos requeridos para a aplicação do mencionado teste, no que diz respeito, à normalidade das distribuições e à homogeneidade das variâncias. Nas diferenças entre as médias, apenas se consideraram como estatisticamente significativas as que apresentaram um *p-value* do teste inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010).

Quanto às correlações bivariadas não paramétricas, optou-se pela realização de correlações de *Spearman*, devido ao reduzido tamanho da amostra ($N = 73$), com o objetivo de observar as associações entre a impulsividade, a dissociação, o medo da compaixão (e.g.,

para consigo mesmo, em relação aos outros e por parte dos outros), a autocompaixão e a psicopatologia.

Por fim, realizaram-se análises de regressão linear múltipla hierárquica (Método *Enter*) para explorar a contribuição das variáveis preditoras (impulsividade, dissociação, medo da compaixão para consigo mesmo, em relação aos outros e por parte dos outros, e autocompaixão) na variabilidade da variável *outcome* (afeto negativo), controlando o efeito do humor.

Resultados

Análise preliminar dos dados

A normalidade das variáveis foi analisada através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov* e o enviesamento em relação à média através das medidas de assimetria e de achatamento (*Skewness* e *Kurtosis*, respetivamente). Os resultados mostraram que as variáveis não têm uma distribuição normal ($K-S, p \leq .01$) e os valores de *Skewness* e de *Kurtosis* não apresentaram graves enviesamentos (Kline, 1998). A análise dos *outliers* foi efetuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e *Quartis-Box Plot*). Optou-se pela não eliminação destes valores residuais, dado que não comprometeriam os procedimentos estatísticos realizados (Maroco, 2010).

Além disso, efetuou-se um conjunto de testes para avaliar a adequação dos dados atuais para as análises de regressão. A análise de gráficos de dispersão residual mostraram que os resíduos estavam normalmente distribuídos, no que concerne à linearidade e à homocedasticidade. A independência dos erros também foi analisada e validade através de análise gráfica e do valor de *Durbin-Watson*. Relativamente à multicolinearidade e singularidade entre as variáveis, os valores de variância do fator de inflação (*variance*

inflation factor – VIF) foram inferiores a 5 ($VIF < 5$). Consequentemente, estes resultados sugerem que os dados são adequados para análises de regressão (Maroco, 2010).

Estatísticas descritivas

Recorreu-se ao teste paramétrico *t* de *Student* para amostras independentes, para testar a significância das diferenças nas variáveis em estudo, relativamente ao género.

Na Tabela 2 são apresentadas as médias e desvios-padrão para o total da amostra, assim como os valores de consistência interna, e as diferenças entre os homens e as mulheres. De acordo com o teste *t* de *Student*, as diferenças observadas entre os dois grupos são estatisticamente significativas na *impulsividade* ($t_{(71)} = 2.01, p = .049$), na *dissociação* ($t_{(71)} = 2.69, p = .010$) e na *autocompaixão* ($t_{(71)} = 2.01, p = .049$), em que o género masculino revelou mais *impulsividade* ($M = 68.48; DP = 8.27$), mais *experiências dissociativas* ($M = 810.40; DP = 384.42$) e mais *autocompaixão* ($M = 82.36; DP = 14.91$) quando comparado com o género feminino (*impulsividade*: $M = 64.04; DP = 10.12$ / *dissociação*: $M = 555.42; DP = 383.79$ / *autocompaixão*: $M = 74.65; DP = 16.67$). Calculou-se o tamanho do efeito (*d* de *Cohen*) para as diferenças encontradas, na *impulsividade*, adquirindo-se um valor de .48 com um tamanho de efeito baixo ($r = .23$); na *dissociação*, para o qual se obteve um valor de .66 com um tamanho do efeito moderado ($r = .32$); e na *autocompaixão*, com um valor .49 e com um tamanho do efeito baixo ($r = .24$).

Tabela 2

Médias e desvios-padrão para o total da amostra (N = 73) e testes t de Student (amostras independentes) das variáveis em estudo (BIS, DESII, FCS em relação aos outros, FCS por parte dos outros e FCS para consigo mesmo, SELFCS e EADS42 ansiedade e depressão) para verificação das diferenças de género, e valores do alpha de Cronbach

Variáveis	Total (N = 73)		Masculino (n = 25)		Feminino (n = 48)		t	p	α
	M	DP	M	DP	M	DP			
BIS	65.56	9.70	68.48	8.27	64.04	10.12	2.01	.049	.81
DESII	642.74	400.32	810.40	384.42	555.42	383.79	2.69	.010	.94
EADS42 ansiedade	9.77	8.64	10.00	7.51	9.65	9.25	.18	.861	.93
EADS42 depressão	10.19	9.01	11.52	9.07	9.50	9.00	.91	.370	.96
FCS em relação aos outros	21.15	7.67	21.60	5.56	20.92	8.61	.36	.721	.84
FCS por parte dos outros	18.82	10.59	20.40	11.19	18.00	10.29	.89	.376	.90
FCS para consigo mesmo	15.97	13.32	19.80	14.51	13.98	12.35	1.71	.095	.94
SELFCS	77.29	16.40	82.36	14.91	74.65	16.67	2.01	.049	.92

Nota. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; DESII = Escala de Dissociação; EADS42 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; FCS = Escala do Medo da Compaixão; SELFCS = Escala da Autocompaixão

Análises de correlação

Com o objetivo de estudar a relação entre a *impulsividade*, a *dissociação*, o *medo da compaixão*, a *autocompaixão* e *sintomas depressivos e ansiosos*, realizou-se um estudo de natureza correlacional, em que se procurou analisar a grandeza das associações entre as variáveis em estudo (cf. Tabela 3).

Impulsividade, dissociação e psicopatologia

As correlações obtidas entre as quatro variáveis são significativas e no sentido esperado da associação. A *impulsividade* mostrou-se correlacionada com a *depressão* ($r_{s(71)} = .49$, $p \leq .01$) e com a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .46$, $p \leq .01$), correspondendo níveis mais elevados de *impulsividade* a mais *sintomas depressivos e ansiosos*. Por sua vez, as correlações entre a *dissociação* e a *depressão* e *ansiedade* são de magnitude moderada e no sentido esperado da associação, com níveis mais elevados de *dissociação* associados a mais *depressão* ($r_{s(71)} = .56$,

$p \leq .01$) e *ansiedade* ($r_{s(71)} = .58, p \leq .01$). Por último, a *impulsividade* apresenta um coeficiente de correlação positiva e estatisticamente significativa com a *dissociação* ($r_{s(71)} = .59, p \leq .01$), sugerindo que mais *impulsividade* está associada a mais *dissociação*.

Medo da compaixão, autocompaixão e psicopatologia

O *medo da compaixão*, *autocompaixão* e *sintomas depressivos e ansiosos* mostraram-se correlacionados de forma significativa, no sentido esperado. O *medo da compaixão em relação aos outros* manifestou-se correlacionada com a *depressão* ($r_{s(71)} = .28, p = .02$) e a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .31, p \leq .01$), assim como, o *medo da compaixão por parte dos outros* se revelou correlacionado com a *depressão* ($r_{s(71)} = .57, p \leq .01$) e a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .49, p \leq .01$), e, por sua vez, o *medo da compaixão para consigo mesmo* demonstrou-se correlacionado com a *depressão* ($r_{s(71)} = .49, p \leq .01$) e a *ansiedade* ($r_{s(71)} = .42, p \leq .01$). Desta forma, isto sugere que níveis mais elevados de *medo da compaixão* correspondem a mais *sintomas depressivos e ansiosos*. No que diz respeito à *autocompaixão*, esta variável apresenta um coeficiente de correlação negativa e estatisticamente significativa com a *depressão* ($r_{s(71)} = -.41, p \leq .01$) e a *ansiedade* ($r_{s(71)} = -.34, p \leq .01$), sugerindo que menos *autocompaixão* está associada a mais *sintomas depressivos e ansiosos*. As correlações entre a *autocompaixão* e os *medos da compaixão por parte dos outros e para consigo mesmo* são de magnitude baixa e no sentido esperado da associação, sendo que níveis mais elevados de *autocompaixão* estão associados a menos *medo da compaixão por parte dos outros* ($r_{s(71)} = -.37, p \leq .01$) e *para consigo mesmo* ($r_{s(71)} = -.44, p \leq .01$).

Impulsividade, dissociação, medo da compaixão e autocompaixão

Não foram obtidas correlações significativas entre a *autocompaixão* nem com a *impulsividade* nem com a *dissociação*. No entanto, as correlações obtidas entre a

impulsividade e a *dissociação* com os *medos da compaixão por parte dos outros* e *para consigo mesmo* demonstram-se significativas e no sentido esperado da associação. A *impulsividade* mostrou-se correlacionada com o *medo da compaixão por parte dos outros* ($r_{s(71)} = .24, p = .04$) e *para consigo mesmo* ($r_{s(71)} = .36, p \leq .01$), correspondendo níveis mais elevados de *impulsividade* a mais *medo da compaixão*. Por sua vez, as correlações entre a *dissociação* e o *medo da compaixão* são de magnitude baixa e no sentido esperado da associação, com níveis mais elevados de *dissociação* associados a mais *medo da compaixão por parte dos outros* ($r_{s(71)} = .32, p \leq .01$) e *para consigo mesmo* ($r_{s(71)} = .38, p \leq .01$).

Tabela 3

Correlações entre autocompaixão, dissociação, impulsividade, medo da compaixão e sintomas depressivos e ansiosos

Variáveis	BIS	DESII	EADS42 ansiedade	EADS42 depressão	FCS em relação aos outros	FCS por parte dos outros	FCS para consigo mesmo	SELFCS
BIS	-							
DESII	.59**	-						
EADS42 ansiedade	.46**	.58**	-					
EADS42 depressão	.49**	.56**	.81**	-				
FCS em relação aos outros			.31**	.28*	-			
FCS por parte dos outros	.24*	.32**	.49**	.57**	.54**	-		
FCS para consigo mesmo	.36**	.38**	.42**	.49**	.38**	.69**	-	
SELFCS			-.34**	-.41**		-.37**	-.44**	-

Nota. * $p \leq .05$ ** $p \leq .01$. *BIS* = Escala de Impulsividade de Barratt; *EADS42* = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; *DESII* = Escala de Dissociação; *FCS* = Escala do Medo da Compaixão; *SELFCS* = Escala de Autocompaixão

Estudo de preditores do afeto negativo

O objetivo deste estudo é avaliar a influência da *impulsividade*, da *dissociação*, do *medo da compaixão* e da *autocompaixão* na *depressão* e *ansiedade*, em jovens adultos com

autodano. Para o efeito, realizaram-se dois modelos de regressão múltipla hierárquica, em que a *ansiedade* e a *depressão* entram como covariáveis.

Depressão

Como variável independente no primeiro bloco colocou-se a *ansiedade* a predizer a *depressão*, o que resultou na produção de um modelo significativo ($F_{(1,71)} = 122.52$; $p \leq .01$; $R^2 = .63$), sendo que a *ansiedade* contribuiu significativamente para a explicação da variância única da *depressão* ($\beta = .80$; $p \leq .01$). Este modelo explicou 63%. No bloco 2, introduziu-se a *impulsividade* como variável independente, obtendo-se também um modelo significativo ($F_{(2,70)} = 68.77$; $p \leq .01$; $R^2 = .66$), em que a *ansiedade* e a *impulsividade* revelaram uma contribuição significativa para a variabilidade da *depressão* ($\beta = .71$; $p \leq .01$ e $\beta = .19$; $p = .02$, respetivamente), sendo que o modelo explicou 66%. No terceiro bloco foram inseridas as três facetas do *medo da compaixão* (*em relação aos outros*, *por parte dos outros* e *para consigo mesmo*), em que o modelo obtido se revelou significativo ($F_{(5,67)} = 34.07$; $p \leq .01$; $R^2 = .72$), com a *ansiedade*, a *impulsividade* e a *compaixão por parte dos outros* a predizer de forma significativa a *depressão*. Mais uma vez a *ansiedade* mostrou-se o preditor mais expressivo ($\beta = .58$; $p \leq .01$), seguido da *compaixão por parte dos outros* ($\beta = .26$; $p = .02$) e da *impulsividade* ($\beta = .17$; $p = .03$). O terceiro modelo explicou 72%. Por fim, no bloco 4, inseriram-se mais duas variáveis preditoras, nomeadamente a *autocompaixão* e a *dissociação*, adquirindo-se um modelo estatisticamente significativo ($F_{(7,65)} = 27.31$; $p \leq .01$; $R^2 = .75$). Uma análise mais detalhada permitiu verificar que a *ansiedade* se revelou como o preditor mais robusto ($\beta = .48$; $p \leq .01$), seguida da *autocompaixão* ($\beta = -.12$; $p = .02$), do *medo da compaixão por parte dos outros* ($\beta = .24$; $p = .02$). Este último modelo explicou 75% (cf. Tabela 4).

Tabela 4

Análise de regressão múltipla hierárquica (Método Enter) com a impulsividade, o medo da compaixão, a autocompaixão e a dissociação (variáveis independentes), a prever a depressão (variável dependente), com a variável ansiedade como covariável (N = 73)

Preditores	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Bloco 1	.80	.63	.63	122.52	.000			
EADS42 ansiedade						.80	11.07	.000
Bloco 2	.81	.66	.65	68.77	.000			
EADS42 ansiedade						.71	9.28	.000
BIS						.19	2.48	.016
Bloco 3	.85	.72	.70	34.07	.000			
EADS42 ansiedade						.58	7.05	.000
BIS						.17	2.22	.030
FCS em relação aos outros						.06	.59	.557
FCS por parte dos outros						.26	2.44	.017
FCS para consigo mesmo						-.08	-.97	.338
Bloco 4	.86	.75	.72	27.31	.000			
EADS42 ansiedade						.48	5.23	.000
BIS						.13	1.57	.122
FCS em relação aos outros						.00	.03	.977
FCS por parte dos outros						.24	2.32	.023
FCS para consigo mesmo						-.05	-.68	.500
Autocompaixão						-.18	-2.49	.015
DESII						.13	1.42	.161

Nota. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; DESII = Escala de Dissociação; EADS42 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; FCS = Escala do Medo da Compaixão; SELFCS = Escala da Autocompaixão

Ansiedade

Como variável independente no primeiro bloco colocou-se a *depressão* a prever a *ansiedade*, o que resultou na produção de um modelo significativo ($F_{(1,71)} = 122.52$; $p \leq .01$; $R^2 = .63$), sendo que a *depressão* contribuiu significativamente para a explicação da variância única da *ansiedade* ($\beta = .80$; $p \leq .01$). Este modelo explicou 63%. No bloco 2, introduziu-se a *impulsividade* como variável independente, obtendo-se também um modelo significativo ($F_{(2,70)} = 60.80$; $p \leq .01$; $R^2 = .64$), em que apenas a *depressão* revelou uma contribuição significativa para a variabilidade da *ansiedade* ($\beta = .77$; $p \leq .01$), sendo que o modelo explicou 64%. No terceiro bloco foram inseridas as três facetas do *medo da compaixão* (*em relação aos outros, por parte dos outros e para consigo mesmo*), em que o modelo obtido se

revelou significativo ($F_{(5,67)} = 24.06$; $p \leq .01$; $R^2 = .64$). Mais uma vez a *depressão* foi o único a predizer de forma significativa a *ansiedade* ($\beta = .73$; $p \leq .01$). O terceiro modelo explicou 64%. Por último, no bloco 4, inseriram-se mais duas variáveis preditoras, nomeadamente a *autocompaixão* e a *dissociação*, adquirindo-se um modelo estatisticamente significativo ($F_{(7,65)} = 19.58$; $p \leq .01$; $R^2 = .68$). Numa análise mais detalhada permitiu verificar que a *depressão* se revelou como o preditor mais robusto ($\beta = .61$; $p \leq .01$), seguida da *dissociação* ($\beta = .27$; $p = .01$). Este modelo explicou 68% (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Análise de regressão múltipla hierárquica (Método Enter) com a impulsividade, o medo da compaixão, a autocompaixão e a dissociação (variáveis independentes), a predizer a ansiedade (variável dependente) (N = 73), com a depressão como covariável

Preditores	R	R ²	R ² ajustado	F	p	β	t	p
Bloco 1	.80	.63	.63	122.52	.000			
EADS42 depressão						.80	11.07	.000
Bloco 2	.80	.64	.62	60.80	.000			
EADS42 depressão						.77	9.28	.000
BIS						.05	.55	.588
Bloco 3	.80	.64	.62	24.06	.000			
EADS42 depressão						.73	7.05	.000
BIS						.03	.38	.705
FCS em relação aos outros						.03	.26	.800
FCS por parte dos outros						.00	.01	.994
FCS para consigo mesmo						.08	.95	.344
Bloco 4	.82	.68	.64	19.58	.000			
EADS42 depressão						.61	5.23	.000
BIS						-.06	-.62	.537
FCS em relação aos outros						.02	.16	.871
FCS por parte dos outros						-.00	-.01	.991
FCS para consigo mesmo						.09	1.07	.290
Autocompaixão						-.01	-.13	.900
DESII						.27	2.66	.010

Nota. BIS = Escala de Impulsividade de Barratt; DESII = Escala de Dissociação; EADS42 = Escala de Ansiedade, Depressão e Stress; FCS = Escala do Medo da Compaixão; SELFCS = Escala da Autocompaixão

Discussão

Segundo a psicologia evolucionária, a depressão é encarada como uma defesa potencial do ser humano quando experiencia o mundo como ameaçador e inseguro, vendo os outros

como rejeitantes e hostis, o que se torna uma ameaça para a sua posição na comparação social e para o seu estatuto social (Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009).

Atualmente, tem sido apontado que o crescente aumento dos níveis de psicopatologia nas sociedades ocidentais encontra-se relacionado com uma maior incidência nos comportamentos associados ao estatuto e comparação social (Gilbert, 1989; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009). De facto, algumas investigações têm demonstrado que os problemas de saúde mental são mais elevados em contextos sociais de competitividade do que em sociedades prestadoras de cuidados (Arrindell, Steptoe & Wardle, 2003), o que pode ativar uma mentalidade social focada em preocupações com a inferioridade, sobre o que os outros pensam sobre si e numa divisão social de vencedores e perdedores (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009). A Organização Mundial de Saúde tem mencionado a depressão como um dos problemas de saúde mental mais vigentes na vida das pessoas (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009), e a mais prevalente.

Ao longo da última década, vários estudos têm mostrado o papel crucial de certas variáveis de conveniência na manutenção do autodano, nomeadamente, o afeto negativo (depressão e ansiedade), a impulsividade e a dissociação (Klonsky, Oltmanns & Turkheimer, 2003; Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico & Gibb, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2007; Guerry & Prinstein, 2010; Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996; Herpertz, Sass & Favazza, 1997; McCloskey, Look, Chen, Pajoumand & Berman, 2012; Polk & Liss, 2007; Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012).

Alguns estudos têm indicado, tanto em populações clínicas como não clínicas, que os indivíduos que se veem como inferiores ou que acreditam que os outros os veem dessa forma, agem de modo submisso (Gilbert & Allan, 1998; Gilbert, Allan, Brough, Melley & Miles, 2002). Os indivíduos atribuem à sua vergonha e aos seus comportamentos submissos, a razão

para não serem apreciados e desejados pelos outros, o que os leva a deprimir (Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale, 2009).

Recentes investigações evidenciaram o papel central da vergonha nas características *borderline* e nos comportamentos de autodano não suicidários (Rüsch, Lieb, Göttler, Hermann, Schramm, Richter, Jacob, Corrigan & Bohus, 2007; Brown, Linehan, Comtois, Murray & Chapman, 2009). Uma vez que a prática de comportamentos de autodano não suicidários está significativamente associada à obtenção de controlo e alívio de emoções negativas (como a vergonha) (Brown, Comtois & Linehan, 2002; Gratz, 2006; Klonsky, 2007) e que vários estudos confirmam a relação elevada destes atos autolesivos com a Perturbação *Borderline* da Personalidade (*PBP*) (Linehan, 1993; Gratz, 2001; Brown, Linehan, Comtois, Murray & Chapman, 2009), cada vez mais a investigação nesta população clínica tem apontado a existência de uma elevada associação entre a vergonha e o autodano (Linehan, Comtois, Brown, Heard & Wagner, 2006). Segundo Gilbert e Procter (2006), um indivíduo na tentativa de controlar experiências internas aversivas, como emoções e memórias de elevada vergonha, terá uma maior probabilidade de efetuar comportamentos de autodano. Por outro lado, Castilho, Pinto-Gouveia e Duarte (2014) demonstraram que indivíduos com *PBP*, que apresentam níveis elevados de autocrítico, nomeadamente, *eu detestado*, e baixas capacidades de autotranquilização, estão mais vulneráveis para manifestar autodano. Vários estudos mostraram que o autocrítico e o autodano advêm de contextos precocemente negligentes, hostis e abusivos, marcados pela ausência de suporte e de cuidado mútuo (Briere & Gil, 1998; Gratz, Conrad & Roemer, 2002; Yates, 2004; Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie, Broomhead & Rockiff, 2010). Outros estudos ainda suportam a ideia que sujeitos oriundos de meios aversivos e com fortes sentimentos de vergonha, de desprezo pelo eu e muito autocríticos, são mais suscetíveis à psicopatologia e aos atos de autodano (Irons, Gilbert, Baldwin, Baccus & Palmer, 2006; Gilbert, McEwan, Bellew, Mills & Gale,

2009, Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie, Broomhead & Rockiff, 2010; Castilho, Pinto-Gouveia & Bento, 2011; Castilho, 2011). Segundo um estudo levado a cabo por Gilbert, McEwan, Matos e Ravis (2011), observou-se que os medos da compaixão, em relação aos outros, por parte dos outros e para consigo mesmo, estão associados à depressão e ansiedade.

De acordo com os dados expostos, o presente estudo pretendeu examinar o poder preditivo da impulsividade, da dissociação, da autocompaixão e do medo da compaixão no afeto negativo, especificamente nos sintomas depressivos e ansiosos, em indivíduos com comportamentos de autodano não suicidários.

Da análise das diferenças entre género verificou-se, como a literatura demonstra (Janis & Nock, 2009; Briere & Gil, 1998), que os homens com comportamentos de autodano são mais impulsivos e dissociam mais do que as mulheres com este tipo de comportamentos. Os resultados que foram obtidos com esta amostra também demonstraram que os homens são mais autocompassivos do que as mulheres. Este resultado está de acordo com outros estudos que indicam que o género feminino é mais autocrítico, recorrendo com mais frequência a um estilo de *coping* ruminativo, com mais vergonha do que o género masculino (Leadbeater, Kuperminc, Blatt & Hertzog 1999; Nolen-Hoeksema, Grayson & Larson, 1999).

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre impulsividade, dissociação, medo da compaixão, autocompaixão e sintomas depressivos e ansiosos. As hipóteses delineadas foram largamente confirmadas e uma série de resultados importantes podem ser apontados. Os resultados decorrentes da análise correlacional mostraram as relações esperadas.

As correlações significativas entre a impulsividade e os sintomas depressivos e ansiosos indicam que quanto mais elevada for a impulsividade mais elevado é o afeto negativo. Este resultado pode ser explicado pela associação existente entre a impulsividade e os comportamentos de autodano não suicidários e com os comportamentos suicidários, atos que

são caracterizados pelo impulso da sua realização e que estão relacionados de forma elevada com o humor negativo (Zlotnick, Shea, Pearlstein, Simpson, Costello & Begin, 1996; Messer & Fremouw, 2008). Os indivíduos com elevada impulsividade preferem este tipo de comportamentos autolesivos, suicidários ou não, para lidar com o seu afeto negativo (You & Leung, 2012).

Na dissociação também se verificam que níveis mais elevados estão relacionados a elevados sintomas de afeto negativo, o que nos leva a sugerir que isto se deva aos indivíduos não quererem estar em contacto com os seus pensamentos e sentimentos ou desejarem reduzir a sua intensidade ou frequência. Por esse motivo é que a literatura aponta que a dissociação seja especialmente preditiva dos comportamentos de autodano não suicidários para gerar sensações, mas não para usá-los com o objetivo de reduzir pensamentos e sentimentos negativos advindos da depressão ou ansiedade (Brodsky, Cloitre & Dulit, 1995; Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012).

A associação significativa entre a impulsividade e a dissociação poderá dever-se à urgência que os indivíduos têm em experienciar uma sensação, de maneira a saírem dos estados dissociativos (Rallis, Deming, Glenn & Nock, 2012).

Os dados sugerem que o medo da compaixão por parte dos outros e para consigo mesmo estão significativamente relacionados com a impulsividade e a dissociação, assim como, com a ansiedade, a depressão e a ausência de competências autocompassivas. Gilbert, McEwan, Matos e Ravis (2011) demonstram que o medo da compaixão está associado com o autocriticismo, logo por sua vez com a ausência de autocompaixão, e com a depressão, a ansiedade e o stress. Estes resultados sugerem que tendo o sujeito medo da compaixão para consigo mesmo, também não revela ter pensamentos, emoções ou comportamentos autocompassivos, estando com o sistema de ameaça-defesa muito mais ativado o que o leva a gerar mais afeto negativo (depressão e ansiedade). De ter em conta, que as emoções afiliativas

podem estar condicionadas ou associadas a memórias emocionais negativas, o que pode sustentar a correlação significativa entre o medo da compaixão e o afeto negativo (depressão e ansiedade) (Gilbert, McEwan, Matos e Ravis, 2011). Por sua vez, a autocompaixão elevada relacionar-se com o baixo afeto negativo, pode ser explicado pelo fato de pertencerem a sistema de regulação de afeto distintos (Gilbert, 2005). No que concerne à inexistência de associações significativas da autocompaixão com a impulsividade e a dissociação, apresenta-se como explicação possível o facto de estas três variáveis pertencerem a sistemas diferentes, isto é, a autocompaixão encontrar-se inserida no sistema afiliativo e a impulsividade e a dissociação pertencerem ao sistema de ameaça-defesa (Gilbert, 2005).

Quanto à relação significativa entre a impulsividade e o medo da compaixão, os dados sugerem que a correlação se deve ao facto de os indivíduos tentarem agir rapidamente no sentido de se afastarem de componentes que lhes são aversivas e de memórias afiliativas negativas. Por fim, níveis mais elevados de dissociação estão relacionados mais de medo da compaixão, o que pode ser explicado pela carácter de evitamento dos episódios dissociativos (fuga ou evitamento a pensamentos, emoções, comportamentos e memórias afiliativas negativas) (Gilbert, McEwan, Matos e Ravis, 2011).

De seguida, com o objetivo de explorar de forma mais completa a relação entre as variáveis em estudo e os sintomas depressivos e ansiosos foram realizadas estatísticas de regressão múltipla hierárquica, tendo controlado o efeito dos níveis de depressão e ansiedade.

No que concerne à depressão, resultados obtidos revelaram que ansiedade, o medo da compaixão por parte dos outros e a autocompaixão predizem significativamente a depressão, controlando o efeito da ansiedade, nesta amostra.

Estes resultados encontram-se de acordo com a literatura existente, sendo que no estudo de Gilbert, McEwan, Matos e Ravis (2011) foi demonstrado, especialmente, o papel significativo do medo da compaixão por parte dos outros e da ausência de autocompaixão na

sintomatologia depressiva. O medo de emoções afiliativas por parte dos outros parece estar associado às memórias de emoções negativas, variáveis muito comuns nos comportamentos de autodano não suicidários (Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie, Broomhead & Rockiff, 2010; Linehan, 1993). De referir que uma vez que o autodano está significativamente relacionado com a ausência de autocompaixão, isto é, com a presença de autocriticismo por oposição, e este, por sua vez, com a depressão, torna-se mais compreensível a importância deste preditor (autocompaixão) na sintomatologia depressiva nesta amostra (Gilbert, McEwan, Irons, Bhundia, Christie, Broomhead & Rockiff, 2010). Os resultados obtidos estão em concordância com outras investigações, que sugerem que a compaixão é um antídoto poderoso para uma diversidade de dificuldades psicológicas, nomeadamente, o afeto negativo (depressão e ansiedade) (Gilbert & Procter, 2006). Gilbert, McEwan, Bellew, Mills e Gale (2009) mostram que o facto de um indivíduo se sentir inferior mediante os outros, de achar que olham para si como inferior, juntamente com o seu esforço de lutar e competir para evitar essa inferioridade e o seu receio de ser rejeitado e esquecido, associa-se significativamente à depressão e ao autodano. Estes autores sugerem que esta competitividade reduz os sentimentos afiliativos que o indivíduo sente que recebe por parte dos outros, como o ser aceite e valorizado. Os resultados obtidos corroboram diversos estudos que apontam para a marcada associação entre a depressão e a ansiedade, perspectivando a depressão como uma perturbação associada com o processamento de ameaça (Gilbert, 2004). Gilbert (1989) refere a depressão como sendo uma resposta defensiva, assim como a ansiedade, desenvolvida para parar o indivíduo se envolver com o seu contexto. No entanto, a ansiedade como resposta defensiva não leva somente o indivíduo a afastar-se do seu ambiente, podendo levá-lo a defender-se optando por outras estratégias comportamentais. Certos tipos de depressão podem surgir da desregulação de sistemas de ansiedade ou de agressividade, sendo que não há dúvida de que muitas das vezes a ansiedade e a raiva são parte de estados depressivos (Gilbert, 2004).

Segundo Gilbert (2004), emoções de abandono, desapego, derrota e/ou assédio, sem haver a percepção de uma saída; sentimentos de inferioridade, subordinação e/ou de estar preso num estado de mente doloroso; e situações de aumento de emoções defensivas mal controladas, como a ansiedade e a raiva, são os “ingredientes” para a origem da depressão.

No que concerne à ansiedade, controlando o efeito da depressão, os preditores significativos foram os sintomas depressivos e a dissociação. De igual modo, vários estudos mostraram que a dissociação está associada com um intenso estado emocional negativo, como é exemplo, a ansiedade e a ocorrência de comportamentos de autodano não suicidários (Yates, 2004). Da mesma forma, os sintomas depressivos mostraram-se um preditor robusto da ansiedade em jovens adultos com autodano. Os dados obtidos são de alguma forma esperados, na medida que está amplamente reconhecido que a depressão e a ansiedade evoluíram como estratégias básicas de proteção/defesa antigas para lidar com certo tipo de ameaças sociais relacionadas com o sistema de ameaça-defesa. De acordo com o modelo evolucionário, a depressão constitui uma resposta de autoproteção, involuntária de derrota cuja função se prende com o controlo dos prejuízos face a derrotas sociais ou perdas (Gilbert, 2007). Existe atualmente uma série de dados que mostra que existe um número elevado de emoções de ameaça (ansiedade, raiva, desprezo, tristeza e medo) na depressão pelas mudanças no padrão mental inerentes à diminuição do humor (Gilbert, 1989).

Em suma, os resultados do presente estudo sugerem que para o humor (depressão e ansiedade) nos indivíduos com comportamentos de autodano não suicidários, o medo da compaixão por parte dos outros, a capacidade de autocompaixão do sujeito e as experiências dissociativas parecem ser relevantes. Isto orienta-nos a considerar as vantagens subjacentes à aplicação de uma terapia nos indivíduos com autodano que lhes ensine, desenvolva e incremente as capacidades de compaixão e de autocompaixão, como a Terapia Focada na Compaixão (*CFT: Compassion-Focused Therapy*). Esta abordagem terapêutica dirige-se para

o treino da mente compassiva central para a redução do stress e estados emocionais negativos (Gilbert & Procter; 2006; Gilbert, 2009), e para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, sendo estes últimos também importantes no autodano (Klonsky, 2007).

Conclusão

O conhecimento da importante influência das competências afiliativas, como sendo a compaixão e a autocompaixão, na predição e manutenção do afeto negativo nos comportamentos de autodano não suicidários auxiliam o desenvolvimento e aplicação de terapias mais eficazes, na aquisição de estratégias alternativas mais vantajosas. Assim, consideramos que os comportamentos de autodano não suicidários diminuirão com a redução do afeto negativo (depressão e ansiedade), que por sua vez poderão ser reduzidos através do aumento de competências autocompassivas e da diminuição de experiências dissociativas e do medo da compaixão por parte dos outros e para consigo mesmo.

Limitações e futuras investigações

Como limitações a assinalar refere-se o facto desta investigação ser um estudo transversal. O uso de questionários de autorresposta com um tempo de preenchimento muito longo, tornou-se desvantajoso por causa do efeito *carry over*. Por fim, a ausência de estudos sobre o impacto do medo da compaixão na manutenção do autodano na literatura atual.

Em relação às sugestões para estudos futuros, aponta-se a necessidade de replicar este estudo com uma amostra maior, com amostras clínicas e não clínicas com outras faixas etárias (e.g., adolescentes). Parece-nos vantajoso que em investigações futuras, após a sinalização de indivíduos com comportamentos de autodano não suicidários, que se efetue uma entrevista guiada com os participantes aptos, assim como, se recorra a uma bateria de instrumentos psicométricos mais concisa. Estudos que abranjam o impacto do medo da compaixão e da

autocompaixão devem ser desenvolvidos com indivíduos com e sem autismo da população clínica e não clínica.

Referências Bibliográficas

- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-mutilation and symptoms of depression, anxiety, and borderline personality disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581-591. doi: 10.1521/suli.2005.35.5.581.
- Arrindell, W. A., Steptoe, A., & Wardle, J. (2003). Higher levels of state depression in masculine than in feminine nations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 809-817. doi: 10.1016/S0005-7967(02)00185-7.
- Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-Compassion: Conceptualizations, Correlates, & Interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi: 10.1037/a0025754.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-Mutilation in Clinical and General Population Samples: Prevalence, Correlates, and Functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68(4), 609-620. doi: 10.1037/h0080369.
- Brodsky, B. S., Cloitre, M., & Dulit, R. A. (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1788-1792.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-292. doi: 10.1037/0021-843X.111.1.198.
- Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in Borderline Personality

- Disorder: A multi-modal Analysis. *Behaviour Research of Therapy*, 47(10), 815-822. doi: 10.1016/j.brat.2009.06.008.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An Update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation*, VI(1), 16-27.
- Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Pimentel, P., Maia, D., Gilbert, P., & Mota-Pereira, J. (2013). Entrapment and defeat perceptions in depressive symptomatology: Through an evolutionary approach. *Psychiatry*, 76(1), 53-67. doi: 10.1521/psyc.2013.76.1.53.
- Castilho, P. (2011). *Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia*. (Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Bento, E. (2011). Auto-criticismo, vergonha interna e dissociação: a sua contribuição para a patoplastia do auto-dano em adolescentes. *Psychologica*, 52(II), 331-360.
- Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, J. (2014). The role of hated self and self-compassion to self-harm in Borderline Personality Disorders. *Manuscrito em preparação*.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005.
- Corruble, E., Benyamina, A., Bayle, F., Falissard, B., & Hardy, P. (2003). Understanding impulsivity in severe depression? A psychometrical contribution. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 27, 829-833. doi: 10.1016/S0278-5846(03)00115-5.
- Dalai Lama (1995). *The power of compassion*. New Delhi: Harper Collins.

- Dalai Lama (1999). *Ethics for the New Millennium*. New York: Riverhead Books.
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Hove (UK): Lawrence Erlbaum Associates.
- Gilbert, P. (2000). Social Mentalities: Internal ‘social’ conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert & K. G. Bailey (Eds), *Genes on the Couch: Explorations in evolutionary psychotherapy* (pp. 118-150). Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2001). *Overcoming Depression – A Step-by-Step Approach to Gaining Control over Depression* (2^a ed). Oxford: University Press.
- Gilbert, P. (2004). Depression: A biopsychosocial, integrative, and evolutionary approach. In M. Power (Eds), *Mood Disorders: A handbook of science and practice* (pp. 99-142). Chichester, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*. New York: Routledge.
- Gilbert, P. (2007). *Psychotherapy and Counselling for Depression*. London: SAGE Publications Ltd.
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life’s challenges*. London: Constable & Robinson.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. London: Routledge.
- Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, 28, 585-598. doi: 10.1017/S0033291798006710.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379. doi: 10.1002/cpp.507.

- Gilbert, P., Allan, S., Brough, S., Melley, S., & Miles, J. N. V. (2002). Relationship of anhedonia and anxiety to social rank defeat and entrapment. *Journal of Affective Disorders*, 71, 141-151. doi: 10.1016/S0165-0327(01)00392-5.
- Gilbert, P., McEwan, K., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority are linked to depression, anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82, 123-136. doi: 10.1348/147608308X379806.
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Bhundia, R., Christie, R., Broomhead, C., & Rockiff, H. (2010). Self-harm in a mixed clinical population: The roles of self-criticism, shame, and social rank. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 563-576.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Ravis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255. doi: 10.1348/147608310X526511.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of Deliberate Self-Harm: Preliminary Data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 253-263. doi: 10.1023/A:1012779403943.
- Gratz, K. L. (2006). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students: The Role and Interaction of Childhood Maltreatment, Emotional Inexpressivity, and Affect Intensity/Reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(2), 238-250. doi: 10.1037/0002-9432.76.2.238.
- Gratz, K. L., Conrad, S. D., & Roemer, L. (2002). Risk Factors for Deliberate Self-Harm Among College Students. *American Journal of Orthopsychiatry*, 72(1), 128-140. doi: 10.1037/0002-9432.72.1.128.

- Guerry, J. D., & Prinstein, M. J. (2010). Longitudinal prediction of adolescent nonsuicidal self-injury: Examination of a cognitive vulnerability-stress model. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 39, 77-89. doi: 10.1080/15374410903401195.
- Herpertz, S., Sass, H., & Favazza, A. (1997). Impulsivity in self-mutilative behavior: Psychometric and biological findings. *Journal of Psychiatric Research*, 31, 451-465. doi: 10.1016/S0022-3956(97)00004-6.
- Irons, C., Gilbert, P., Baldwin, M. W., Baccus, J., & Palmer, M. (2006). Parental recall, attachment relating and self-attacking/self-reassurance: Their relationship with depression. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 297-308. doi: 10.1348/014466505X68230.
- Janis, I. B., & Nock, M. K. (2009). Are self-injurers impulsive? : Results from two behavioral laboratory studies. *Psychiatry Research*, 169, 261-267. doi: 10.1016/j.psychres.2008.06.041.
- Keilp, J. G., Gorlyn, M., Oquendo, M. A., Brodsky, B., Ellis, S. P., Stanley, B., & Mann, J. J. (2006). Aggressiveness, not impulsiveness or hostility, distinguishes suicide attempters with major depression. *Psychological Medicine*, 36, 1779-1788. doi: 10.1017/S003391706008725.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. London: The Guilford Press.
- Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 27, 226-239. doi: 10.1016/j.cpr.2006.08.002.
- Klonsky, E. D., & May, A. (2010). Rethinking Impulsivity in Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 40(6), 612-619. doi: 10.1521/suli.2010.40.6.612.

- Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J., & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*, 35(5), 1268-1282. doi: 10.1037/0012-1649.35.5.1268.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Brown, M. Z., Heard, H. L., & Wagner, A. (2006). Suicide attempt self-injury interview (SASII): Development, reliability, and validity of a scale to assess suicide attempts and intentional self-injury. *Psychological Assessment*, 18(3), 303-312. doi: 10.1037/1040-3590.18.3.303.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The Structure of Negative Emotional States: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32(6), 545-552. doi: 10.1016/j.cpr.2012.06.003.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS* (3ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Matos, M., Dinis, A., & Pinto-Gouveia, J. (2008). Estudo das propriedades psicométricas da Dissociative Experiences Scale-Revised. *Manuscrito em preparação*.
- McCloskey, M. S., Look, A. E., Chen, E. Y., Pajoumand, G., & Berman, M. E. (2012). Nonsuicidal self-injury: Relationship to behavioral and self-rating measures of impulsivity and self-Aggression. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(2), 197-209. doi: 10.1111/j.1943-278X.2012.00082.x.

- Messer, J. M., & Fremouw, W. J. (2008). A critical review of explanatory models for self-mutilating behaviors in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 162-178. doi: 10.1016/j.cpr.2007.04.006.
- Muehlenkamp, J. J., & Gutierrez, P. M. (2007). Risk for suicide attempts among adolescents who engage in non-suicidal self-injury. *Archives of Suicide Research*, 11, 69-82. doi: 10.1080/13811110600992902.
- Neff, K. D. (2003a). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2, 85-101. doi: 10.1018/15298860390129863.
- Neff, K. D. (2003b). The Development and Validation of a Scale to Measure Self Compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250, doi: 10.1080/1529886039020935.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2012). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 00(00), 1-17. doi: 10.1002/jclp.21923.
- Nolen-Hoeksema, S., Grayson, C., & Larson, J. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061.
- Pais-Ribeiro, J., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o Estudo da Adaptação Portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica*, 36, 235-246.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774. doi: 10.1002/1097-4679(199511)51:6%3C768::AID-JCLP2270510607%3E3.0.CO;2-1.
- Polk, E., & Liss, M. (2007). Psychological characteristics of self-injurious behavior. *Personality and Individual Differences*, 43, 567-577. doi: 10.1016/j.paid.2007.01.003.

- Rallis, B., Deming, C., Glenn, J., & Nock, M. (2012). What is the role of dissociation and emptiness in the occurrence of nonsuicidal self-injury? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 26(4), 287-298. doi: 10.1891/0889-8391.26.4.287.
- Rüsch, N., Lieb, K., Göttler, I., Hermann, C., Schramm, E., Richter, H., Jacob, G., Corrigan, P., & Bohus, M. (2007). Shame and implicit self-concept in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(3), 500-508. doi: 10.1176/appi.ajp.164.3.500.
- Simões, D. S. C. (2012). *Medo da Compaixão: estudo das propriedades psicométricas da Fears of Compassion Scales (FCS) e da sua relação com medidas de Vergonha, Compaixão e Psicopatologia*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde não publicada). Universidade de Coimbra, Portugal.
- Van Vliet, K. J., & Kalnins, G. R. C. (2011). A Compassion-Focused Approach to Nonsuicidal Self-Injury. *Journal of Mental Health Counseling*, 33(4), 295-311.
- Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669-689. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00064-7.
- Yates, T. M. (2004). The developmental psychopathology of self-injurious behaviours: Compensatory regulation in posttraumatic adaptation. *Clinical Psychology Review*, 24, 35-74. Doi: 10.1016/j.cpr.2003.10.001.
- You, J., & Leung, F. (2012). The role of depressive symptoms, family invalidation and behavioral impulsivity in the occurrence and repetition of non-suicidal self-injury in Chinese adolescents: A 2-year follow-up study. *Journal of Adolescence*, 35, 389-395. doi: 10.1016/j.adolescence.2011.07.020.

Zlotnick, C., Shea, M. T., Pearlstein, T., Simpson, E., Costello, E., & Begin, A. (1996). The relationship between dissociative symptoms, alexithymia, impulsivity, sexual abuse, and self-mutilation. *Comprehensive Psychiatry*, 37(1), 12-16. doi: 10.1016/S0010-440X(96)90044-9.